

АНКСИОПАТИЯ КАК ОПЫТ ЖИЗНИ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ТРЕВОГОЙ И ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА

А.А. Атаманов

ЧелГМА, г. Челябинск

Показано антитерапевтическое значение приобретённого опыта жизни с генерализованным тревожным расстройством (ГТР). Этот опыт получил название анксиопатии и был рассмотрен в качестве одной из причин хронического течения ГТР, влияющей на эффективность терапии расстройства.

Ключевые слова: генерализованное тревожное расстройство, личностная тревожность, мотивация.

Актуальность исследования. Известно, что генерализованное тревожное расстройство (ГТР) является хронически текущим тревожным неврозом. Вместе с тем известна высокая способность современной психофармакологии к купированию тревожного состояния. Следовательно, недостаточная эффективность фармакотерапии ГТР может быть обусловлена либо низкой комплаентностью больных, либо быстрым формированием терапевтической резистентности к проводимой терапии.

Традиционно в терапии расстройства используются психофармакологические, психотерапевтические и комбинированные методы. Один из наиболее часто цитируемых по поводу терапии ГТР авторов, К. Rickels [1], указывает, что в целом пациенты, леченные антидепрессантами, сообщали о большем количестве неблагоприятных результатов терапии, чем те, кому назначались бензодиазепины. Анализ 6 контролируемых рандомизированных исследований эффективности различных психологических методов в терапии ГТР [3] показал среднюю их эффективность на уровне 40 %. При этом уровень «выздоровления» по 12 из 20 ключевых симптомов определялся на весьма умеренном уровне, 30 % и менее. Рандомизированное контролируемое исследование эффективности бихевиорально-когнитивной психотерапии (БКТ) и психодинамической психотерапии (ПДТ) в лечении ГТР [4] показало большую «стартовую» эффективность БКТ и некоторое преобладание ПДТ в отдаленной перспективе, однако достоверно ($p < 0,05$) эффективность подходов не различалась. Обзор 35 источников [2], 22 из которых сообщали об использовании смешанных БКТ и фармакотерапевтических подходов к терапии ГТР, выявили преимущества комбинированных методов по сравнению с фармакологической монотерапией. В целом, следует предполагать, что при адекватности терапевтической тактики, сочетание психотерапевти-

ческих и психофармакологических методов лечения ГТР должно обеспечивать необходимый уровень комплаентности и гарантированно приводить больных к выздоровлению, однако этого не происходит. Причины низкой результативности терапевтических усилий при ГТР остаются недостаточно изученными.

Цель настоящей работы – изучить зависимость результатов терапии ГТР от соотношения показателей личностной тревожности по Ч.Д. Спилбергеру – Ю.В. Ханину и характерологической тревожности К. Леонгарда у лиц, страдающих ГТР.

Материалы и методы. Было обследовано 204 больных ГТР в критериях МКБ-10, из них 62,7 % – женщины; средний возраст контингента – $35,2 \pm 11,5$ лет. В соответствии с целью исследования был разработан нешкальный диагностический опросник, включающий критерии ГТР DSM-IV-TR с дополнениями разных авторов, получивший условное название «клинический опросник непрерывной тревоги» (КОНТ). Оценивалась выраженность аффективных, когнитивных, вегетативных, моторных и поведенческих симптомов ГТР, а также суммарный балл КОНТ. Патопсихологическое исследование включало шкалу тревожности Ч.Д. Спилбергера – Ю.В. Ханина, шкалу тревожности Д.В. Шихана, опросник самоотношения С.Р. Пантеева (МИС) и характерологический опросник К. Леонгарда. Для личностной тревожности по Ч.Д. Спилбергеру – Ю.В. Ханину (ЛТ) были введены следующие рейтинговые оценки. Один балл – умеренная тревожность – от 20 до 40 баллов включительно. Два балла – высокая тревожность – от 41 до 60 баллов. Три балла – крайне высокая тревожность – свыше 61 балла. Рейтинговая оценка тревожности по К. Леонгарду (ТЛ) была сформирована в соответствии с рекомендациями автора теста. Один балл – отсутствие акцентуации – до 12 баллов. Два балла – возможная акцентуация – 15–18

баллов. Три балла – акцентуация характера – 21–24 балла.

Тактика лечения была следующей. Первоначально по предпочтению пациентов предлагались варианты исключительно психотерапевтического или исключительно фармакологического лечения расстройства. Психотерапевтическое вмешательство представляло собой курс краткосрочной глубинно-ориентированной психотерапии продолжительностью 10 сеансов, осуществлявшихся в течение 4 недель (3 – 3 – 2 – 2 сеанса в неделю, продолжительность сеанса 1 час). Первые 1–2 сеанса были направлены на отреагирование скрытого аффективного напряжения. Последующие 3–5 сеансов были посвящены осознанию внутриличностных и связанных с ними межличностных конфликтов и устойчивых мотиваций, включая психосексуальные. В завершающие 4–6 сеансы продолжалась реконструкция личностных установок и реализация реконструктивных моделей поведения с обратной связью. Подгруппу больных ГТР, получавших исключительно психотерапевтическое лечение, составили 24 % пациентов.

Фармакотерапия строилась на следующих принципах. Препаратом первой линии был выбран тианептин. В случае неудачи тианептина (отсутствие послабления симптоматики в течение 1–2 недель) препаратом выбора становился альпразолам. В случае неудачи альпразолама использовался диазепам. В целом, подгруппу больных ГТР, получивших психофармакотерапию, составили 33,3 % пациентов.

В ряде случаев происходило усложнение предложенного варианта терапии. Так, использовалось присоединение к психотерапевтическому вмешательству медикаментозной поддержки в случае отсутствия положительной динамики и наоборот, присоединялся психотерапевтический курс на этапе перехода тианептин – альпразолам или альпразолам – диазепам с сохранением текущего препарата в индивидуально адекватных дозировках. В обоих случаях пациент далее рассматривался в подгруппе получавших комплексное лечение (42,6 % больных). Некоторым больным ГТР (9,8 %) потребовались стратегии экстренной помощи (релаксирующее внушение + феназепам 1 мг) при резком усилении актуальной тревожной симптоматики сверх индивидуально переносимого уровня во время психотерапевтического сеанса. У 23 % пациентов использовалось симптоматическое лечение: при нарушениях сна в острой стадии расстройства кратковременно применялся имован – 7,5 мг на ночь (3–5 приемов). Математическая обработка результатов исследования проводилась с помощью статистического пакета SPSS v. 13.

Результаты терапии сравнивались при помощи непараметрического критерия Манна-Уитни.

Результаты исследования. Было выявлено, что характерологическая тревожность К. Леонгарда (ТЛ) и личностная тревожность Ч.Д. Спилбер-

гера (ЛТ) не были ассоциированы и не коррелировали между собой у обследованных больных ГТР. Для объяснения этого явления был проведён анализ соотношения рейтинговых оценок ЛТ и ТЛ у больных ГТР. Далее проводилось непараметрическое сравнение выраженности основных клинических и клинико-психологических показателей полученных 9 вариантов соотношения ЛТ и ТЛ. Это позволило определить критерии отличия характерологической и личностной тревожности и описать природу и роль ЛТ у больных ГТР.

Сочетание различной выраженности рейтинговых оценок ЛТ и ТЛ позволило разделить обследованных больных ГТР на 9 подгрупп. В целом, наиболее распространёнными среди обследованных больных ГТР были сочетания ЛТ3ТЛ1 (подгруппа 3; 19,6 % больных), ЛТ3ТЛ2 (подгруппа 6; 27 % больных) и ЛТ3ТЛ3 (подгруппа 9; 33,3 % больных). Эти подгруппы включили 79,9 % обследованных больных и характеризовались более зрелым средним возрастом (37–40 лет) и большей продолжительностью заболевания. Их объединяющей характеристикой являлась крайняя выраженность ЛТ (ЛТ3). Как следует из табл. 1, обнаруживался неуклонный рост величин большинства показателей по мере увеличения выраженности ЛТ и ТЛ у больных ГТР. Вместе с тем от соотношения ЛТ и ТЛ не зависели выраженность аффекта тревоги и моторные нарушения при ГТР, а также отражённое самоотношение и самооценку больных (ОС-МИС и СЦ-МИС).

Характер достоверных ($p < 0,05$) различий в величинах когнитивного, вегетативного и поведенческого компонентов ГТР по КОНТ, а также в величине общего балла КОНТ был таков, как если бы максимальная выраженность ЛТ «сглаживала» выраженность остроты текущего эпизода ГТР. Характер достоверных ($p < 0,05$) различий в величинах реактивной тревожности по Ч.Д. Спилбергеру (РТ) и тревожности по Д.В. Шихану (ТШ) был аналогичен.

Таким образом, ЛТ «регулировала» выраженность как объективных симптомов ГТР, так и их субъективной оценки больными. Напротив, характерологическая тревожность лишь усиливала как интенсивность симптомов текущего эпизода, так и их самооценку больными по мере увеличения её выраженности у больных ГТР.

Были выявлены и достоверные ($p < 0,05$) различия в проявлениях самоотношения больных ГТР в зависимости от выраженности ЛТ и ТЛ. Сложилось впечатление, что роль личностной тревожности противопоставлялась в самосознании больных роли тревожности характерологической. И если первая усиливала нарциссические тенденции (самопривязанность и самооценку МИС), то вторая им препятствовала (закрытость, отражённое самоотношение, самообвинение МИС). Противопоставление достигало антагонистической силы в двух аспектах самоотношения. Характерологиче-

Таблица 1

Особенности клинических и клинико-психологических показателей до лечения
в зависимости от соотношения ЛТ и ТЛ

Показатель	ЛТ1ТЛ1 п/г 1	ЛТ2ТЛ1 п/г 2	ЛТ3ТЛ1 п/г 3	ЛТ1ТЛ2 п/г 4	ЛТ2ТЛ2 п/г 5	ЛТ3ТЛ2 п/г 6	ЛТ1ТЛ3 п/г 7	ЛТ2ТЛ3 п/г 8	ЛТ3ТЛ3 п/г 9
Аффективный к.	3,2	3,4	3,4	3,6	3,6	3,5	3,6	3,9	3,5
Когнитивный к.	5	4,7	4,7**	5	5	5,3**	5,4	5,1	5,6**
Вегетативный к.	2,4**	3,5	3,6**	3,6	3,4	4,4*	4,8*	4,9*	4,6*
Моторный к.	1,8	2,2	2,2	2,6	2,3	2,3	2,4	2,3	2,3
Поведенческий к.	3,4	3,5	3,5**	4,8	3,8	4,1*	3,6	4,6*	4,1*
Общий балл КОНТ	15,6**	17,4	17,5**	19,6	18,6	19,6*	19,8	20,8*	20,1*
РТ по Ч.Д.С.	56,4	56,7*	44,5**	57,2	53,6*	46,4*	62,6**	52	50,7*
Тревож-ть по Д.В.Ш.	23**	41,6	52,8**	46,2	51,7*	66,2*	77,6**	64,3*	73,1*
Закрытость МИС	8*	7,4	6**	5,8	6,6	6,5	6,2	6,6	7*
Самоувер-ть МИС	6,8	6,1	6,9**	5,8	6,3	6,3	5,2	5,6	5,7*
Саморук-во МИС	7	6,1	6,6	6,4	6,9**	5,8	4,4*	6,1	5,9
Отр. соотно. МИС	5,4	4,6	4,4	3,8	4,1	4,1	3,4	4	4
Самоцен-ть МИС	4,4	3,6	3,7	3,8	3,1	3,5	2,8	3,4	3,6
Самоприн-е МИС	5,2*	5,4*	5,4*	5,2	4,6*	4,8*	2**	3,7	4**
Самоприв-ть МИС	5,8	4,6	5,6**	5	3,7*	4,9	3,6*	5	4,9
Внут. кон-ть МИС	5	5,1	5,6	5,2	4,9	5,8	4,6	4,9*	6,1**
Самообвин-е МИС	5,4*	5,4*	6,7	5,6	6,6	6,5	6,4	6,2	6,9**

*Различие с «ключевой» переменной достоверно ($p < 0,05$); **«ключевая» переменная.

ская тревожность стремилась «разрушить» главный элемент дезадаптирующих структур самосознания больных ГТР – самопринятие (СПН-МИС), а личностная тревожность вносила ананкастным акцентуантам не свойственную больным ГТР внутреннюю конфликтность (ВК-МИС). Как если бы ЛТ было прямым и воинственным выразителем гедонистической установки, а характерологическая тревожность (ТЛ) – элементом системы характерологических «сдержек и противовесов», препятствующих развитию гедонистического сценария.

Интересны результаты терапии ГТР в зависимости от выраженности тревожной акцентуации характера. Как следует из табл. 2, значимо ($p < 0,05$) наилучшие результаты терапии по данным клинических и клинико-психологических показателей наблюдались в подгруппе «несомненное отсутствие тревожной акцентуации»; за ней следовала подгруппа «возможная тревожная акцентуация». Наименее удовлетворительные результаты терапии среди обследованных больных ГТР наблюдались в подгруппе «несомненное наличие тревожной акцентуации».

Интересны результаты терапии ГТР в зависимости от выраженности личностной тревожности по Ч.Д. Спилбергеру.

Как следует из табл. 3, значимые ($p < 0,05$) различия в результатах терапии, выявленные при помощи непараметрического сравнения, были минимальны. Наихудшими оказались показатели ЛТ и ТЛ в подгруппе с максимальной выраженностью ЛТ до лечения. Как если бы тревога, описываемая больными ГТР при помощи шкалы личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера, «послабляла» интенсивность тревожного напряжения до лечения и «усиливала» после окончания терапии.

Личностная тревога проявилась в качестве существенного контртерапевтического фактора.

Обсуждение. Личностная тревожность по Ч.Д. Спилбергеру – Ю.В. Ханину не была ассоциирована ни с демонстративностью, ни с экзальтированностью по К. Леонарду. Вместе с тем, эти черты характера были наиболее ассоциированными с клиникой расстройства у больных ГТР. Ассоциации хи-квадрат свидетельствуют, что ЛТ увеличивалась вместе с длительностью ГТР и возрастом больных; была выше у разведённых лиц с ослабленным соматическим здоровьем, получивших гиперопекающее воспитание. Это тревога-опыт, специфический опыт, побуждающий к гедонизму, вносящий конфликты в самосознание и способный регулировать как вегетативный, так и когнитивно-поведенческий «сброс» тревожного напряжения. В ЛТ, как в зеркале, отражается суть внутренней картины ГТР. И если смысл ипохондрии как расстройства был назван А.Б. Смулевичем «кознестезиопатией», то эту тревогу, выражающую суть ГТР, целесообразно назвать «анксиопатией».

Анксиопатия, таким образом, есть внутриличностный опыт генерализованного тревожного расстройства, не ассоциированный ни с клиникой расстройства, ни с характером больных. Это неуклонно формирующийся на периферии личности самостоятельный мотивационно-поведенческий конструкт, который в последней четверти XX века был бы назван отечественными психиатрами «психопатизацией по тревожно-генерализованному типу». Другими словами, опыт жизни с ГТР снижает уровень адаптации больных, но не дезадаптирует их, не разрушает личность стойко и целиком.

Завершая обобщение, следует отметить, что анксиопатия долгое время не становится в полной

Таблица 2

Клинические и клинико-психологические показатели результатов проведенной терапии
в зависимости от выраженности характерологической тревожности по К. Леонгарду

Показатель	1. Нет акцентуации	2. Возможная акцентуация	3. Несомненная акцентуация
Когнитивный компонент ГТР	1,2	1,4*	1,3
Вегетативный компонент ГТР	1,1	1,4*	1,3
Поведенческий компонент ГТР	1,2	1,4*	1,4**
Общий балл КОНТ	5,8	6,5*	6,3**
Реактивная тревожность по Ч.Д.С.	22,9	30,1*	35,9**
Личностная тревожность по Ч.Д.С.	34,9	39,1	42,8**
Тревожность по Д.В. Шихану	41,2	46,9***	54,1**
Саморуководство МИС по С.Р.П.	6	5,8	5,4**
Самоценность МИС по С.Р.П.	5,1	4,2*	4,1**
Самопринятие МИС по С.Р.П.	5,7	5,5***	4,7**

*Различие между группами 1 и 2 значимы ($p < 0,05$); **различие между группами 1 и 3 значимы ($p < 0,05$); ***различие между группами 2 и 3 значимы ($p < 0,05$).

Таблица 3

Клинико-психологические показатели результатов проведенной терапии
в зависимости от выраженности личностной тревожности по Ч.Д. Спилбергеру

Показатель	ЛТ1	ЛТ2	ЛТ3
Личностная тревожность по Ч.Д. Спилбергеру	24,3*	33 ***	41,9 **
Тревожность по Д.В. Шихану	36,6	38,9 ***	50,9
Самопривязанность МИС	5,2	6	6,4 **
Внутренняя конфликтность МИС	5,5*	4,6 ***	5,7
Самообвинение МИС	4,4	5 ***	5,9 **

*Различия между подгруппами 1 и 2 значимы ($p < 0,05$); **различия между подгруппами 1 и 3 значимы ($p < 0,05$); ***различия между подгруппами 2 и 3 значимы ($p < 0,05$).

мере краевой психопатией, или личностным расстройством, поскольку характер больного ГТР, в силу своей полиакцентуированной структуры, не позволяет никакой из черт дестабилизировать личность. Поочерёдная, маятникообразная активация адаптивных и дезадаптивных черт характера способна обеспечить длительную социальную субадаптацию, сохраняя невротический уровень психического расстройства. И хотя характер больного ГТР оказывается в динамическом равновесии на многие годы, эти годы потеряны для продуктивной социальной жизни.

С течением времени анксиопатия неизбежно сформируется в «анксиопатический радикал личности», обладающий собственным гедонистическим потенциалом, и тогда весь характер больного склонится в сторону классического истерического. Это означает, что в завершающей стадии генерализованного тревожного расстройства следует ожидать появления конверсионных и диссоциативных симптомов, которые постепенно достигнут соответствия диагностическим критериям МКБ-10. В целом, в качестве исхода ГТР следует ожидать формирования классического истероидного расстройства личности.

Становится понятным, почему использование

фармакотерапии у больных ГТР малоэффективно. Фармакологическая блокада путей передачи нервного импульса «осваивается» невротическим характером, становится общим элементом системы субадаптации. Оценку эффективности лекарственного средства осуществляет анксиопатия на основе рентных критериев, поскольку никакой «здоровой части личности» у больных ГТР нет. Требования анксиопатии просты: лекарство должно снижать интенсивность наиболее тяжёлых вегетативных симптомов, не препятствуя гедонистической самореализации личности. Однако именно гедонистические устремления и являются источником постоянного тревожного напряжения у больных ГТР. То же самое происходит и с психотерапевтическим вмешательством, и с комбинированной фармако- и психотерапией.

Излечение ГТР без разрушения механизма невротической субадаптации невозможно. Эффективная терапия ГТР обязана решать три основных задачи.

1. Обеспечить комплаентность: фармакотерапия должна быть адекватна состоянию по выбору препаратов, дозам и срокам лечения.

2. Дезактуализировать анксиопатию, предлагая многочисленные альтернативные варианты

решения задач, показывая недостаточность и односторонность анксиопатической стратегии и тактики.

3. Реконструировать личность, обогащая её альтруистическими моделями поведения и демонстрируя опоры нарциссизма. Фактически, обеспечивая или дополняя возможности родительской гиперопеки.

Решить эти задачи психотерапевт может, только создав полноценный терапевтический альянс с пациентом. Если потребуется – то и на долгие годы. Следует помнить, что случаи выздоровления от ГТР нередки, а длительные медикаментозные ремиссии – терапевтическая реальность.

Заключение. Анксиопатическая тревога возникает как реактивное образование нарциссической части личности больного ГТР, подавляемой в период обострения тревожной симптоматики. Анксиопатия с течением времени развивается в самостоятельный «анксиопатический радикал личности», имеющий собственный гедонистический потенциал. Задачей анксиопатического поведения больного ГТР в период обострения расстройства становится ограничение гиперсоциальных усилий больных с целью возврата к активному гедонистическому поведению при послаблении клинических симптомов расстройства. Поочерёдное использова-

ние адаптивных и дезадаптивных моделей поведения обеспечивает динамическое равновесие социального статуса больного ГТР. Разорвать порочный круг невротической субадаптации способна только настойчивая амбулаторная терапия, использующая методики личностной реконструкции.

Литература

1. *Antidepressants for the treatment of generalized anxiety disorder: a placebo-controlled comparison of imipramine, trazodone, and diazepam* / K. Rickels, R. Downing, E. Schweizer, H. Hassman // *Arch Gen Psychiatry*. – 1993. – V. 50. – P. 884–895.
2. *Cognitive behavioural and pharmacological treatment of generalised anxiety disorder: a preliminary meta-analysis* / R.A. Gould, M.W. Otto, M.H. Pollack, L. Yap // *Behav Ther.* – 1997. – V. 28. – P. 285–305.
3. *Fisher, P.L. Recovery rates in generalized anxiety disorder following psychological therapy: an analysis of clinically significant change in the STAI-T across outcome studies since 1990* / P.L. Fisher, R.C. Durham // *Psychol Med.* – 1999. – V. 29(6). – P. 1425–1434.
4. *Leichsenring, F. The generalized anxiety disorder-disease pattern, diagnostics and therapy* / F. Leichsenring, C. Winkelbach, E. Leibing // *Psychosom Med Psychother.* – 2002. – V. 48(3). – P. 235–255.

Поступила в редакцию 3 марта 2009 г.