



Федеральное государственное бюджетное учреждение науки  
Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой Российской академии наук

# **ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ С ПАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ**

Мл.н.с. ИМЧ РАН, к.п.н. Федоряка Денис Александрович,  
e-mail: psyfed@gmail.com тел. +7-(911)-123-22-40

В.н.с. ИМЧ РАН д.м.н., проф. Резникова Татьяна Николаевна

Н.с. ИМЧ РАН, к.п.н. Селиверстова Наталья Алексеевна

Санкт-Петербург, 2021

# Актуальность темы

Актуальные задачи	Состояние проблемы
Снижение распространенности заболевания	Высокая распространенность: 1,9–3,6% в общей популяции и 6% у лиц, впервые обратившихся за медицинской помощью (Ранда Е.Н., 2016)
Улучшения качества здоровья и жизни лиц молодого трудоспособного возраста	Молодой, социально активный возраст лиц с паническим расстройством (25-44 года) и нарастание нетрудоспособности (Караваева Т.А., Васильева А.В., Полторак С.В., 2016, 2018, Ильченко Е.Г., Яковлева Ю.А., 2018)
Изучение внутренней картины болезни, которая влияет на течение и исход заболеваний	ВКБ у лиц с ПР целостно не изучалась. Подробное изучение проводилось у больных неврозом, шизофренией, расстройством адаптации, зависимостями и др.
Уменьшение количества осложнений	Хронизация, социальная дезадаптация, снижение качества жизни, агорафобия и др.осложнения (Bankier B, Aigner M, Bach M., 2001, Рябоконь И.В., 2004)
Повышение эффективности терапии панического расстройства	Недостаточная эффективность лечения и сложности комплайенса. Существующие подходы к терапии имеют ряд недостатков: как фармакотерапия (Ташлыков В.А., Ковпак Д.В., 2007, Воробьева О.В., 2010), так и психотерапия (Сергеев И.И., 2003, Фурсова М.В., 2005)

## **Цель исследования:**

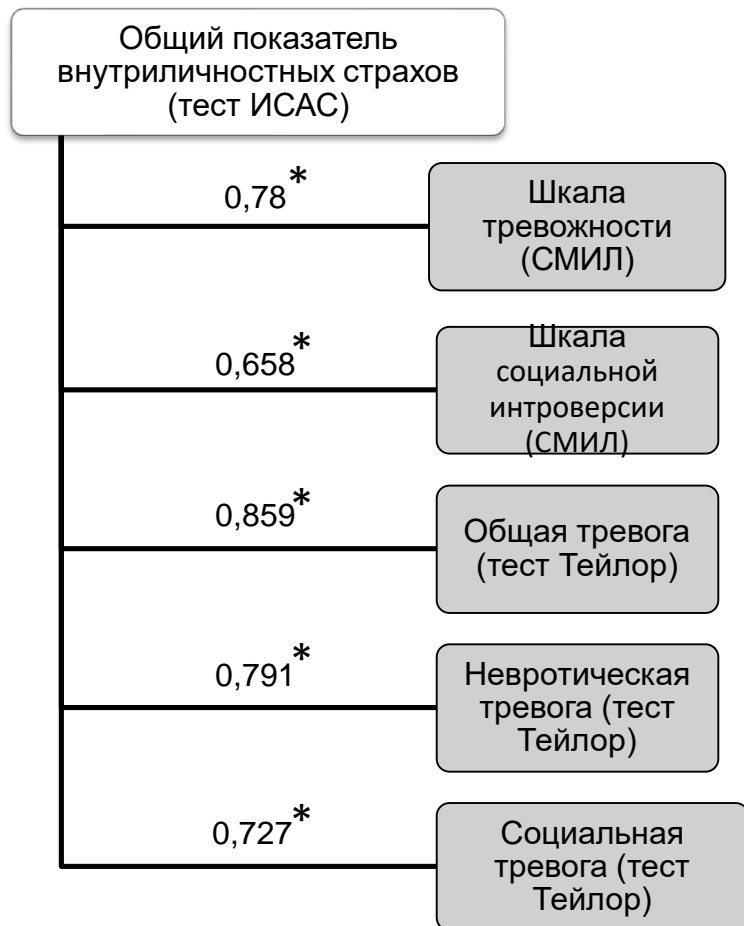
Оценить динамику психологических компонентов внутренней картины болезни и психофизиологического состояния лиц с паническим расстройством в процессе воздействия немедикаментозным методом формирования и активации АСФС

# Материалы и методы исследования

Области исследования (сфера приложения)	Методы
Внутренняя картина болезни	Наблюдение, беседа, опрос по специальной программе. Рисуночный тест «Профили человека». Тест ТОБОЛ
Эмоциональные характеристики	Опросник ИСАС, шкала тревожности Тейлор, тест Басса-Дарки, опросник Зунга
Когнитивные характеристики	Двойной тест, корректурная проба (вариант с кольцами Ландольта)
Личностные характеристики	СМИЛ (стандартизированный многофакторный метод исследования личности), тест ИЖС
Функциональное состояние головного мозга	ЭЭГ с компьютерной обработкой различными методами анализа, в том числе с помощью вейвлетного и рекуррентного анализа
Динамика компонентов ВКБ и метод коррекции	Метод формирования и активации искусственных стабильных функциональных связей мозга человека (АСФС). Подача ритмических фотостимуляций заданной частоты осуществлялась с помощью ТТМ Мираж (6 посылок фотостимуляций заданной частоты, длительностью 10 секунд)
Статистическая обработка	Пакет программ Statistica 10 for Windows. Критерии Манн-Уитни, Вилкоксона, Фишера, коэффициент Спирмана
Исследуемые группы (в скобках – кол-во чел.)	Лица с паническим расстройством (F 41.0 по МКБ-10) (60) Больные рассеянным склерозом (G 35.0 по МКБ-10) (56) Лица с ПР, проходившие курс коррекции (18) Здоровые лица – контроль (20)

# Коэффициенты достоверных корреляций показателей внутриличностных страхов и тревоги у лиц с паническим расстройством по данным тестов до и после курса коррекции (n=18)

## До коррекции



## После коррекции



Примечание: \*  $p < 0,05$ , критерий Спирмена

# ВЫВОДЫ

1. Установлено, что лица с ПР характеризуются разнонаправленностью и неоднородностью отдельных компонентов внутренней картины болезни. В структуре ВКБ подавляющего большинства исследуемых лиц присутствует субъективно значимый симптом («страх»), гипернозогнозическое отношение к болезни при отсутствии модели болезни. Внутренняя картина болезни лиц с ПР достоверно отличается ( $p < 0,01$ ) от ВКБ у больных рассеянным склерозом по основным компонентам.
2. Показано наличие диссоциации изображенных на рисунке и предъявленных вербально жалоб на «страх» в 62 % случаев. При несоответствии данных, полученных с помощью проективной методики «профили человека» и психологического анализа жалоб, наблюдались значительные повышения показателей теста СМИЛ по 1-, 2-й ( $p < 0,05$ ), 4-й и 8-й ( $p < 0,01$ ) шкалам. Такая диссоциация нарушает адекватное формирование структуры внутренней картины болезни.
3. У лиц с ПР имеется иерархическая структура актуальных внутриличностных страхов по данным методики ИСАС, в которой доминируют «страх за собственное психическое здоровье» и «страх за здоровье близких». Общие показатели внутриличностных страхов значительно завышены в 93,4 % случаев. Полученные данные расширяют теоретические представления о ВКБ, где ведущую роль играют актуальные внутриличностные страхи и позволяют определить мишени психокоррекции.
4. Определено, что общий показатель внутриличностных страхов (по ИСАС) взаимосвязан со 2 ( $p < 0,01$ ), 7 ( $p < 0,001$ ), 4 ( $p < 0,05$ ), 6 ( $p < 0,05$ ), 8 ( $p < 0,05$ ) и 0 ( $p < 0,001$ ) шкалами СМИЛ, общим напряжением психологических защит ( $p < 0,01$ ), замещением ( $p < 0,05$ ), реактивным образованием ( $p < 0,05$ ), уровнем общей враждебности, а также косвенной агрессией по тесту Басса-Дарки ( $p < 0,05$ ). Это говорит о влиянии внутриличностных страхов на состояние и специфику психической защитно-адаптивной системы, степень внутреннего напряжения, способы выражения агрессии лиц с ПР.
5. У лиц с ПР профиль личности по СМИЛ имеет повышение показателя «импульсивность» ( $76,6 \pm 11,3$  Т-баллов) в большинстве случаев (60 %), в сочетании с пикообразным повышением показателя «депрессивность» по СМИЛ ( $82,6 \pm 12,8$  Т-баллов) и одновременным отсутствием депрессии по тесту Зунга. Полученные результаты свидетельствуют о противоречивости процесса адаптации в виде гиперстенического типа реагирования и пессимистических тенденций личности.
6. Показано, что по данным теста ТОБОЛ у лиц с ПР в структуре смешанного типа преобладали эргопатический (71 %) и тревожный (71 %) типы отношения к болезни, показатели которых снижались после курса коррекции ( $p < 0,05$ ). Данные результаты указывают на дезадаптивность эргопатического типа у лиц с ПР и возможность коррекции эмоционального отношения к болезни с помощью метода АСФС.
7. Выявлена положительная динамика показателей различных компонентов ВКБ при воздействии методом формирования и активаций АСФС. Наблюдалось улучшение когнитивных функций, снижение уровня тревоги (по Тейлор) и внутриличностных страхов (по ИСАС) с утратой исходных корреляционных связей, восстановление эмоционального отношения к болезни, повышение адаптивных возможностей личности (по СМИЛ), снижение исходно повышенной возбудимости ЦНС по данным ЭЭГ, что свидетельствует о коррекционных возможностях сенсорных импульсных стимуляций заданной частоты у лиц с ПР.