

Динамика психометрических показателей в процессе полимодальной психотерапии панического расстройства

МАКАРОВ В.В.

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психотерапии и сексологии;
e-mail: 9259036@gmail.com

КРАЛЯ А.А.

аспирант кафедры психотерапии и сексологии; e-mail: ankralya@yandex.ru

ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования Минздрава России»;
125993, Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1

Изложено описание метода полимодальной психотерапии. Предлагается краткосрочный вариант полимодальной психотерапии для помощи больным паническим расстройством. Были исследованы 80 больных, по 40 в контрольной и основной группах. Результатом проведенного психотерапевтического лечения основной группы стало снижение уровня депрессии, реактивной и личностной тревожности, а также изменение копинг-стратегий. Сделан вывод, что разработанная модель показала свою эффективность по всем рассматриваемым параметрам.

Ключевые слова: полимодальная психотерапия, паническое расстройство, тревога, копинг-стратегии.

Введение

Стремясь улучшить качество оказываемой помощи, психотерапевты выходят за рамки одного метода и успешно сочетают в своей работе разные подходы. Этот процесс называется интеграцией.

Одним из новых интегративных подходов, приобретающих все большую популярность, стала полимодальная психотерапия [1, 2]. Это «метод психотерапии, в котором объединены теоретические, концептуальные и методологические построения, подходы и технологии выбранных модальностей психотерапии, что образует на основе их достижений новую интегративную систему психотерапии» [6].

Выбор методов осуществляется на основании теоретической подготовки специалиста, а также его профессионального опыта. Кроме того, целостность созданной системы помощи поддерживается каким-либо одним из трёх вариантов «сборки»: эклектическим, интегративным или системным.

Эклектический вариант — специалист использует всё, что может использовать при решении своих профессиональных задач, применяются техники из разных модальностей и ни одна из них не является доминирующей.

Интегративный вариант — специалист использует одну базовую модальность, которая ста-

новится «доминирующим» подходом. Тем не менее, не отменяется интерес к другим методам психотерапии, независимо от того, являются ли они схожими или нет. Техники базовой модальности становятся основными, но они добавляются техниками других модальностей.

Системный вариант — специалист использует целую систему различных приёмов и методов работы с пациентом, группой семьей, которые объединяются единой целью. Здесь психотерапия из множества вариантов складывается в единую науку и практику, позволяющую целостно воспринимать человека [3—5].

Объект и методы исследования

Исследование больных основной (40 человек) и контрольной (40 человек) групп проводилось на протяжении 5 лет (2010—2015 гг.) в «Центре медицинской психологии и психотерапии» наркологического диспансера №6 (филиала) Московского НПЦ наркологии.

Основная и контрольная группы не имели существенных отличий по основным возрастным, гендерным, клиническим и социальным характеристикам, характеру получаемой психофармакотерапии и могли считаться сопоставимыми. Пациенты

обеих групп получали дифференцированную симптоматическую психотерапевтическую помощь (индивидуальные беседы, гипнотические сеансы, рациональная психотерапия, приемы самовнушения). Пациенты основной группы в дополнение к этому проходили курс краткосрочной полимодальной психотерапии (3 месяца). Всем пациентам были поставлены диагнозы *паническое расстройство* (F41.0, по МКБ-10) или *агорафобия с паническим расстройством* (F40.01, по МКБ-10). Средний возраст пациентов в обеих группах — 32,78 года (в основной — 33,08±8,08; в контрольной — 32,48±7,9).

Методы исследования включали в себя следующие психометрические шкалы: шкала тревоги Спилбергера-Ханина, шкала депрессии Бека, также проводилась оценка копинг-стратегий по тесту Хайма.

Метод, разработанный нами для лечения пациентов с паническим расстройством, представляет собой интегративный вариант полимодальной психотерапии. Ведущими в работе с пациентами стали положения гештальт-терапии. Этот метод выбран основным, так как он в наибольшей степени способствует личностному росту пациентов, эмоциональному «взрослению», социальной адаптации больных через принятие себя и осознанию своих проблем и подсознательных конфликтов. Также использовались техники парадоксальной терапии, эмоционально-образной терапии и транзактного анализа. Лечение проводилось в течение 3 месяцев по одной встрече продолжительностью 1—1,5 часа в неделю.

Для статистической обработки данных применялся клинико-статистический метод. Использовались программные пакеты «Microsoft Excel 2007» и «Statistica for Windows версия 6.0» с использованием методов описательной ста-

Таблица 1

Динамика показателей тревожности в тесте Спилбергера-Ханина у пациентов с паническим расстройством, M±m

	Основная группа	Контрольная группа	P
Тревожность личностная			
До лечения	54,13±5,68	55,88±5,92	0,172
После лечения	37,68±5,6	53,38±5,26	<0,001*
Тревожность реактивная			
До лечения	57,08±5,34	56,13±4,29	0,366
После лечения	36,33±5,86	43,48±6,16	<0,001*

Примечание: * – p < 0,05 – достоверные межгрупповые различия по критерию Mann-Whitney.

Таблица 2

Динамика показателей тревожности в тесте Спилбергера-Ханина у пациентов с паническим расстройством, M±m

	Основная группа	Контрольная группа	P
До лечения	54,13±5,68	55,88±5,92	0,172
До лечения	16,08±2,47	14,45±2,74	0,009*
После лечения	8,63±2,73	9,9±3,46	0,111
Динамика депрессии	7,45±3,23	4,55±2,54	<0,001*

Примечание: * – p < 0,05 – достоверные межгрупповые различия по критерию Mann-Whitney.

тистики, параметрических и непараметрических методик: критерий Уилкоксона — сравнение признака, измеряемого в порядковой шкале в одной группе до и после лечения, критерий хи-квадрат Пирсона, достоверность межгрупповых различий оценивалась на основе критерия Манн—Уитни. Для всех используемых критериев уровень достоверности был принят как достаточный при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Исследование динамики уровня тревожности у больных паническим расстройством по шкале Спилбергера-Ханина показало выраженную положительную динамику показателей общей и реактивной тревожности после курса полимодальной психотерапии.

Так, уровень личностной тревожности до начала лечения достоверно не различался в группах ($p=0,172$), составляя $54,13 \pm 5,68$ балла в основной группе и $55,88 \pm 5,92$ баллов в контрольной. После лечения значение этого показателя достоверно ($p < 0,001$) уменьшилось до $37,68 \pm 5,6$ баллов в основной группе, в контрольной группе значение показателя составило $53,38 \pm 5,26$ балла, что было достоверно выше такового в основной группе (рис. 1).

Уровень реактивной тревожности до лечения также достоверно ($p=0,366$) не различался в основной и контрольной группах и составлял $57,08 \pm 5,34$ баллов и $56,13 \pm 4,29$ баллов, соответственно. После терапии значение этого показателя достоверно ($p < 0,001$) уменьшилось до $36,33 \pm 5,86$ баллов в основной группе и до $43,48 \pm 6,16$ баллов в контрольной группе, при этом в контрольной группе оно было достоверно ($p < 0,001$) выше, чем в основной (рис. 2).

Показатель уровня депрессии по шкале Бека в основной и контрольной группах до лечения имели значимые различия ($p=0,009$), при этом в основной группе уровень депрессии был выше ($16,08 \pm 2,47$ баллов), чем в контрольной ($14,45 \pm 2,74$ баллов).

Исследование динамики депрессии показало, что в основной группе динамика составила $7,45 \pm 3,23$ баллов и была достоверно ($p < 0,001$) выше, чем в контрольной группе $4,55 \pm 2,54$ баллов (рис. 3).

При анализе динамики копинг-стратегий до и после лечения мы видим статистически достоверные изменения всех показателей в основной группе, в то время как в контрольной группе изменения были статистически недостоверны (табл. 3).

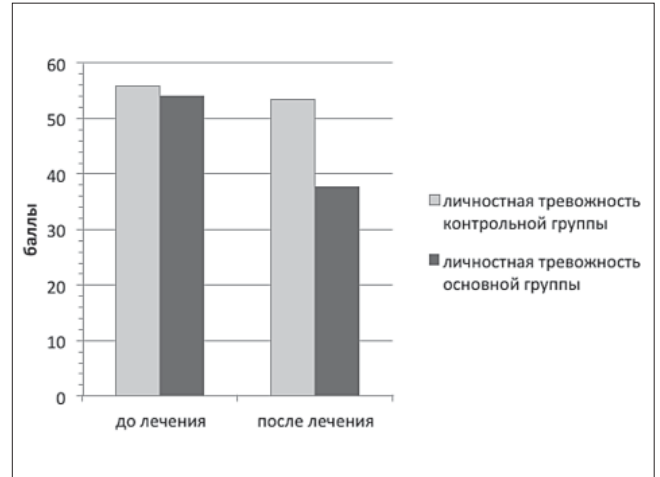


Рис. 1. Динамика показателей личностной тревожности.

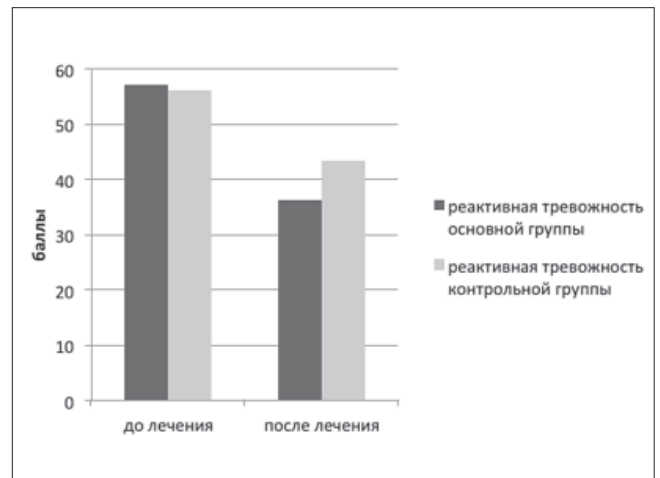


Рис. 2. Динамика показателей реактивной тревожности.

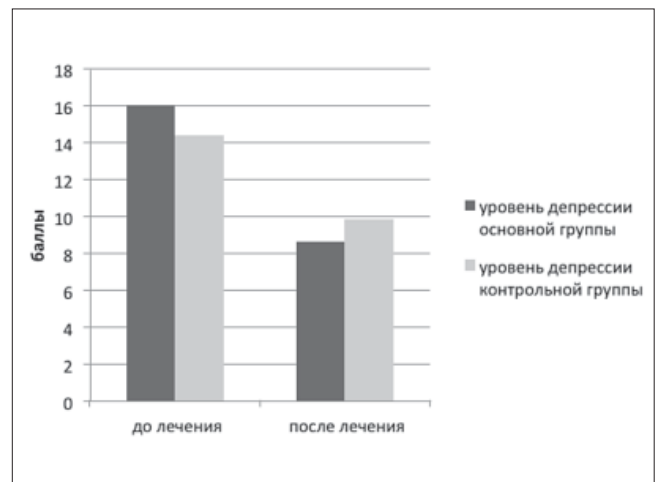


Рис. 3. Динамика показателей депрессии Бека.

Наиболее выраженные изменения отмечались у пациентов основной группы в когнитивной сфере ($p=0,007$). Так, если до лечения пациенты использовали преимущественно неадаптивные копинг-стратегии (42,5%), реже адаптивные (32,5%) и относительно адаптивные (25%), то после лечения наблюдалось увеличение адаптивных копинг-стратегий до 60% и уменьшение неадаптивных копинг-стратегий (12,5%), число пациентов с относительно адаптивными копинг-стратегиями увеличилось незначительно (27,5%).

В контрольной группе до лечения, также преобладали неадаптивные копинг-стратегии (47,5%), относительно адаптивные копинг-стратегии составляли

12,5%, а адаптивные 40%. После лечения произошло незначительное увеличение адаптивных копинг-стратегий (42,5%), количество пациентов с относительно адаптивными копинг-стратегиями увеличилось до 17,5%, а с неадаптивными копинг-стратегиями уменьшилось до 40%. Эти изменения были статистически недостоверными ($p=0,733$) (рис. 4).

На втором месте по выраженности положительной динамики были эмоциональные копинг-стратегии. До лечения в основной группе неадаптивные копинг-стратегии использовали 50% пациентов, относительно адаптивные — 27,5%, адаптивные — 22,5%. После лечения значительно увеличилось число пациентов, использующих адаптивные ко-

Таблица 3

Динамика копинг-стратегий

Показатели		Основная группа (n=40)			Контрольная группа (n=40)		
		До лечения n (%)	После лечения n (%)	P	До лечения n (%)	После лечения n (%)	P
Когнитивные копинг-стратегии	Адаптивные	13 (32,5%)	24 (60%)	0,007*	16 (40%)	17 (42,5%)	0,733
	Относительно-адаптивные	10 (25%)	11 (27,5%)		5 (12,5%)	7 (17,5%)	
	Неадаптивные	17 (42,5%)	5 (12,5%)		19 (47,5%)	16 (40%)	
Эмоциональные копинг-стратегии	Адаптивные	9 (22,5%)	19 (47,5%)	0,02*	7 (17,5%)	10 (25%)	0,588
	Относительно-адаптивные	11 (27,5%)	12 (30%)		15 (37,5%)	16 (40%)	
	Неадаптивные	20 (50%)	9 (22,5%)		18 (45%)	14 (35%)	
Поведенческие копинг-стратегии	Адаптивные	13 (32,5%)	25 (62,5%)	0,021*	14 (35%)	17 (42,5%)	0,497
	Относительно-адаптивные	13 (32,5%)	9 (22,5%)		10 (25%)	12 (30%)	
	Неадаптивные	14 (35%)	6 (15%)		16 (40%)	11 (27,5%)	

Примечание: * – $p < 0,05$ – достоверные различия по критерию хи-квадрат Пирсона.

пинг-стратегии (47,5%), в меньшей степени увеличилась доля относительно адаптивных копинг-стратегий (30%), при этом уменьшилось число неадаптивных копинг-стратегий (22,5%). Эти изменения были достоверными ($p=0,02$).

В контрольной группе 45% пациентов использовали неадаптивные эмоциональные копинг-стратегии, 37,5% — относительно адаптивные копинг-стратегии и 17,5% — адаптивные. В результате проведенной терапии была выявлена незначительная положительная динамика, однако она оказалась статистически недостоверной ($p=0,588$). Количество пациентов, использующих адаптивные эмоциональные копинг-стратегии увеличилось до 25%, относительно адаптивные — до 40%, при этом снизился процент встречаемости неадаптивных копинг-стратегий (35%) (рис. 5).

В поведенческой сфере до лечения в основной группе преобладали пациенты с неадаптивными копинг-стратегиями (35%), количество пациентов с адаптивными и относительно-адаптивными копинг-стратегиями было одинаковым и составляло по 32,5%. В результате лечения процент пациентов с адаптивными поведенческими копинг-стратегиями вырос (62,5%), при этом снизилось количество пациентов с относительно-адаптивными (22,5%) и неадаптивными (15%) копинг-стратегиями. Данные изменения были статистически достоверными ($p=0,021$).

В контрольной группе до лечения также преобладали пациенты с неадаптивными поведенческими копинг-стратегиями (40%), на втором месте по частоте встречаемости были пациенты с адаптивными копинг-стратегиями (35%), на третьем с относительно адаптивными (25%). После терапии произошло увеличение количества пациентов с адаптивными (42,5%) и относительно адаптивными (30%) копинг-стратегиями и уменьшение с неадаптивными (27,5%). Эти изменения оказались статистически недостоверными ($p=0,497$) (рис. 6).

Заключение

Приведенные результаты показывают, что полимодальная психотерапия снижает уровень реактивной и личностной тревоги, депрессии, а также оказывает влияние на копинг-стратегии пациентов, что делает их более устойчивыми к стрессу. Это позволяет сделать вывод, что применение разработанной модели психотерапии для пациентов с паническим расстройством не только позволяет успешно справиться с симптомами данного заболевания, но и предотвратить вероятность рецидива.

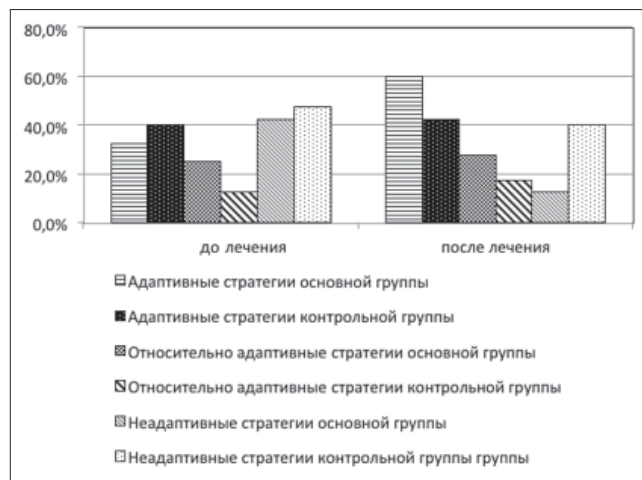


Рис. 4. Динамика когнитивных копинг-стратегий.

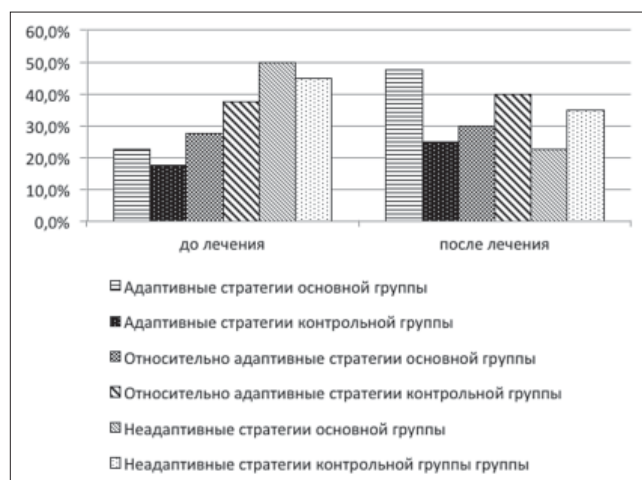


Рис. 5. Динамика показателей депрессии Бека.

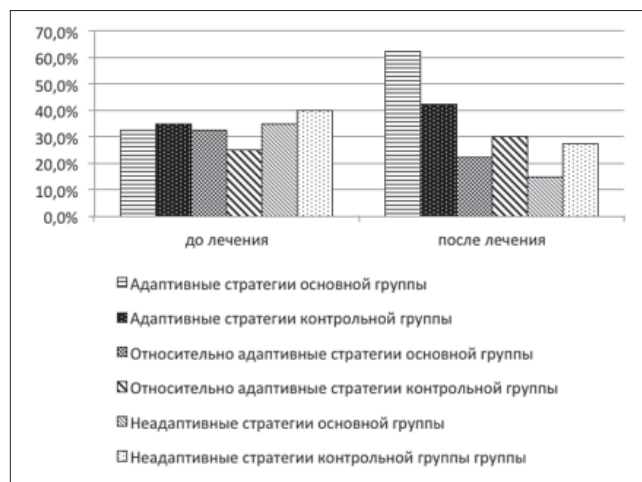


Рис. 6. Динамика когнитивных копинг-стратегий.

Список литературы

1. Завьялов В.Ю. Система полимодальности // Профессиональная психотерапевтическая газета. — 2006. — №12. — 4 с.
2. Катков А.Л. Интегративное движение в психотерапии (методология, достижения, перспективы) / А. Л. Катков, В.В. Макаров // Психотерапия. — 2010. — №11 (97), — С. 3–15.
3. Макаров В.В. Путь консолидации психотерапии в Российской Федерации // Психотерапия. — 2008. — №9 (69). — С. 9–15.
4. Макаров В.В. Новые рубежи психотерапии // Профессиональная психотерапевтическая газета. — 2008. — №4 (66). — С. 1–3.
5. Макаров В.В. Горизонты психотерапии // Психотерапия. — 2011. — №10 (106). — С. 47–53.
6. Макаров В.В. Интеграция в психотерапии и психологическом консультировании Российской Федерации // АНО «Институт Здоровья». — Режим доступа: <http://orpl-ural.ru/node/50> (10.06.2012).

Dynamics psychometric performance in polymodal psychotherapy of panic disorder

MAKAROV V.V., KORABELNIKOVA E.A., KRALYA A.A.

Russian Medical Academy of Postgraduate Education Ministry of Health of the Russian Federation

Describes the features of the method of polymodal psychotherapy. We propose a short-time version of the polymodal psychotherapy in order to help patients with panic disorder. We investigated 80 patients, 40 in the control group and the main group. The result of psychotherapeutic treatment of the control group of patients was to reduction of reactive and personal anxiety and depression, and changing coping strategies. It is concluded that the developed model proved to be effective in all parameters considered.

Key words: *polymodal psychotherapy, panic disorder, anxiety, coping strategies.*