

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

# ПСИХ ПАТОЛОГИЯ И АДДИКТИВНАЯ МЕДИЦИНА

ИССЛЕДОВАНИЯ. ТЕОРИЯ. ПРАКТИКА

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Владимир МЕНДЕЛЕВИЧ  
Казань, Россия

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Евгений КРУПИЦКИЙ  
Санкт-Петербург, Россия

ISSN 2369-727X (ONLINE)



PUBLISHING HOUSE  
STUDIO GENIE  
MONTREAL, CANADA

**Том 1 № 2**  
**декабрь 2015**

#### ПРЕДНАЗНАЧЕНИЕ ЖУРНАЛА

- организаторам здравоохранения всех уровней управления,
- психиатрам, наркологам,
- психологам, социальным работникам, психотерапевтам и психологическим консультантам

журнал «ПСИХОПАТОЛОГИЯ И АДДИКТИВНАЯ МЕДИЦИНА» служит:

- наставником для осваивающих профессию лечащего врача-психиатра-нарколога,
- организатором междисциплинарного и межведомственного форума для распространения информации о современной теории, исследованиях и практике в области психопатологии и аддиктивной медицины;
- катализатором для критического анализа и научной дискуссии авторов, изучающих проблемы психопатологии и аддиктивной медицины;
- профессиональным инструментом руководителей служб и организаторов в области психопатологии и аддиктивной медицины как важнейшим составным частям системы охраны психического здоровья граждан и общества в целом.

#### ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

**МЕНДЕЛЕВИЧ Владимир**  
e-mail: mend@tbit.ru

#### ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА:

**КРУПИЦКИЙ Евгений**  
e-mail: kruenator@gmail.com

#### УПРАВЛЯЮЩИЙ РЕДАКТОР:

**ИРИШКИН Андрей**  
e-mail: andrey.irishkin@gmail.com

#### РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

АГИБАЛОВА Татьяна  
БОХАН Николай  
ДВОРЯК Сергей  
ЕГОРОВ Алексей  
ЕНИКОЛОПОВ Сергей  
ЗОБИН Михаил  
ИГУМНОВ Сергей  
КОРОЛЕНКО Цезарь  
КРЫЛОВ Владимир  
МОСОЛОВ Сергей  
ПЕТРОВА Наталия  
СИВОЛАП Юрий  
СНЕДЖОВ Евгений  
СОЛДАТКИН Виктор  
СОФРОНОВ Александр  
ФАДЕЕВА Евгения  
ХОЛМОГорова Алла  
ШМУКЛЕР Александр

#### ИЗДАТЕЛЬСТВО:

Publishing House Studio Génie  
e-mail: andrey.irishkin@gmail.com  
Почтовый адрес: #502, 1160 Chemin du Golf, Montreal, Canada, H3E 1H4  
При перепечатке материалов согласование с издательством обязательно.  
© Studio Génie. Montreal, Canada



ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

# ПСИХОПАТОЛОГИЯ И АДДИКТИВНАЯ МЕДИЦИНА

Том 1 № 2 (декабрь 2015 г.)

Содержание номера

#### ОБЗОРЫ. ЛЕКЦИИ. ДОКЛАДЫ

##### НИКОЛАЙ УЗЛОВ

Онлайновая сексуальная активность и виртуальный секс: настоящее и будущее киберсексуальных аддикций .....2

*Дается обзор публикаций, касающихся киберпроституции и киберсекса в Интернете, востребованности такого рода услуг, приводятся классификации и диагностические критерии онлайн-сексуальной активности и зависимости от виртуального секса; рассматриваются новые сексуальные практики с использованием технологий теледальности и секса с роботами, затрагиваются этические, морально-правовые и медицинские аспекты проблемы, дается футурологический прогноз киберсексуальных аддикций.*

##### ВЛАДИМИР КРЫЛОВ, ДАНИИЛ БУТЫЛИН

Феномен визуализации при обсессивно-фобических расстройствах .....13

*Появление визуализированных навязчивых воспоминаний и представлений является клинико-психопатологическим признаком, свидетельствующим об общей тяжести обсессивно-фобических расстройств. Для невротических состояний характерно прямое отражение навязчивых переживаний в содержании зрительных образов. При шизофеническом расстройстве имеет место как прямое, так и символическое отражение навязчивых переживаний в зрительном образе.*

##### ФЕЛИКС ПЛОТКИН

О некоторых особенностях формирования наркологического тезауруса в семантическом пространстве русского языка .....19

*Освещены различия дефиниций, связанных с описанием злоупотребления психоактивными веществами. Обосновываются сомнения в правильности трактовки синдрома отмены при зависимостях как результата отравления психоактивными веществами, не являющихся ксенобиотиками, и неправомерность механического перенесения существующих в токсикологии терминов и методов лечения в аддиктологию.*

#### ИЗ ОПЫТА ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

##### ЕВГЕНИЯ ФАДЕЕВА, ОЛЬГА ЦВЕТКОВА, ЮЛИЯ ЦВЕТКОВА

Сравнительный анализ распространенности потребления психоактивных веществ среди различных групп учащихся, включая учащихся специализированных учебных заведений .....35

*Сравнительный анализ частоты употребления табачных изделий, алкогольных напитков и других ПАВ проведен среди учащихся с нормативным развитием, выпускников образовательных учреждений VII и VIII видов и учащихся с нарушением слуха. Также изучались различные факторы, влияющие на развитие аддиктивного поведения среди указанных групп учащихся.*

##### МАРИЯ ДОЛГОВА

Исследование психологической адаптации русских и китайских студентов в новой социокультурной среде .....46

*Успешность адаптации студентов в новой социо-культурной среде, зависит не столько от времени пребывания в стране, сколько от личностных характеристик респондентов. Высокому уровню адаптации студентов способствует коммуникативная компетентность, активная жизненная позиция, готовность принять нормы и правила новой среды, позитивный настрой, вера в собственные силы.*

##### ИГОРЬ ГУРИН

К вопросу об особенностях психоаналитического сеттинга при лечении пациентов с травматическим неврозом, осложненным нарциссической патологией .....52

*Аннотация. Автор дифференцирует понятие и симптоматику травматических неврозов и рассматривает их проявления в корреляции с такой патологией, как нарциссизм, а также определяет специфику и методы психоаналитической терапии данной патологии, трактуя их в целом и на примере такого методического инструмента как сеттинг.*

##### ЮРИЙ ПОКРОВСКИЙ, ВЛАДИМИР СМИРНОВ, АНАСТАСИЯ КРАЛЯ

К диагностике и полимодальной психотерапии панических расстройств .....60

*Рассматривают патогенез, особенности клинического проявления, дифференциальную диагностику панических расстройств. Подробно описываются техники психотерапевтических приемов в зависимости от клинического проявления панических расстройств.*

#### В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

##### МАРК БУРНО

К вопросу о первичной психопрофилактике алкоголизма .....70

*Автор предлагает метод «Терапия творческим самовыражением (М.Е. Бурно)», показанный для лечения пациентов с переживанием неполноценности (на почве расстройств личности и шизофенического расстройства), еще и как метод первичной психопрофилактики алкоголизма у этих же пациентов.*

##### ВАЛЕНТИНА МОСКАЛЕНКО

Типичные ошибки жен больных алкоголизмом. Параллелизм проявлений зависимости и созависимости .....73

*Нам, женщинам, не надо быть беспомощными и страдающими, чтобы обратить на себя внимание и завоевать любовь, которую мы себе желаем. Мы можем найти любовь, только овладев своей силой, своей энергией, всей мощностью своей личности. Нам необходимо научиться прочно стоять на своих ногах даже тогда, когда хочется на кого-то опереться. Те, на которых нам хочется опереться, нас не держат. Они стоят сами по себе, а мы сами по себе. Мы лучше справимся со своими трудностями, если будем следовать психологии ответственности, а не психологии жертвы.*

## К диагностике и полимодальной психотерапии панических расстройств

Юрий Покровский

врач психиатр-психотерапевт, кандидат медицинских наук, доцент, зав. учебной частью кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии Российской медицинской академии последипломного образования. Email: pokr@bk.ru

Владимир Смирнов

врач психиатр-психотерапевт, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психотерапии и сексологии Российской медицинской академии последипломного образования. г. Москва. Россия

Анастасия Краля

врач психиатр-психотерапевт, аспирант кафедры психотерапии и сексологии Российской медицинской академии последипломного образования. г. Москва. Россия

**Аннотация.** В статье рассматриваются патогенез, особенности клинического проявления, дифференциальная диагностика панических расстройств (ПА). Подробно описывается (в рамках полимодальной психотерапии) психотерапевтический подход и техники психотерапевтических приемов в зависимости от клинического проявления ПА. Дается сравнительная оценка эффективности психотерапии при полимодальной и когнитивно-поведенческой, а также комплексной медикаментозной терапии и плацебо.

**Ключевые слова:** панические атаки, тревога, полимодальная психотерапия, когнитивно-поведенческая терапия.

По данным ряда авторов, распространенность панических расстройств (ПР) составляет от 1% до 5%. Названные нарушения встречаются у 2—3% в РФ, 3,3% в США, 4% в Германии (Л.С.Чутко, 2010). В одном из недавних исследований было показано, что панические атаки (ПА), как «эпизодический феномен» отмечались у 10% взрослых.

В понимании патогенеза ПР доминируют две модели:

1. Биологическая – указывает на роль «голубоватого пятна», использующего медиатор – норэпинефрин, связанный и с ПА (панические атаки) и с депрессией, для сигнализации миндалине, запускающей эмоциональные реакции. В этом процессе участвуют и другие медиаторы: катехоламины, серотонин.

Возможно, при ПР падает ГАМК-эргическая медиация, которая регулирует ионные каналы мембран нервных клеток, снижая возбудимость и уменьшая тревогу.

2. Когнитивная – во главу угла ставит «неверную интерпретацию» физиологических ощущений. Подвержен-

ные панике люди могут обладать повышенной чувствительностью к определенным телесным ощущениям и искаженно интерпретировать их. Действительно, испуг вызывает нередко такие явления, как учащенное сердцебиение, аритмия. Лица, ощутившие эти (на границе нормы – В.Л.Дощицын, 2013) феномены, не могут контролировать себя, беспокоятся, что их «опасные» ощущения вернуться и создают тем самым предпосылки для следующих ПА.

Согласно ДСМ-IV, длительность дискретного периода страха – 10 минут. В этот период внезапно развиваются и в течение 10 минут достигают пика как минимум 4 из следующих симптомов: 1- усиление или учащение сердцебиения, 2- гипергидроз, 3- мелкая или крупная дрожь 4- чувство нехватки воздуха или затрудненное дыхание, 5- ощущение удушья, 6- дискомфорт или боль в груди, 7- тошнота или неприятные ощущения в животе, 8- вертиго, ощущение ненормальной легкости или тяжести, предобморочное состояние, 9- дереализация, деперсонализация, 10- страх потерять контроль или сойти с ума, 11- тана-

тофобия, 12- чувство оцепенения или покалывания, 13- приливы жара или озноба.

Описаны случаи ПА с количеством симптомов менее четырех, но выраженность их была максимальной.

О ПР говорят при (1) частых, продолжающихся приступах, (2) с тревожным ожиданием их, и (3) меняющимся поведением. Но диагноз ПА значительно шире так как встречается при многих заболеваниях: а) алкогольно-абстинентный синдром (АБС); б) синдром «отмены» при приеме антидепрессантов (амитриптилин и др.), снотворных, транквилизаторов; в) осложнения при разовом употреблении «спайсов» (гашиша, марихуаны); г) стимуляторы (амфетамин, кокаин), энергетические напитки; д) гемблинг, интернет – зависимость. В тоже время высокие дозы антидепрессантов могут ухудшать течение ПР (О.В.Воробьева и соавт., 1996).

Следует учитывать коморбидность ПА и проводить дифференциальный диагноз:

1. Сердечно-сосудистые заболевания: а) мерцательная аритмия, б) наджелудочковая тахикардия, в) пролапс митрального клапана (ПМК), – могут стать триггерами ПА (до 10% амбулаторного приема);

2. Эндокринные нарушения: а) патология щитовидной железы, б) гиперпаратиреоз, в) феохромоцитомы, г) гипогликемия, - (могут сосуществовать с ПА – до 80%);

3. Височная эпилепсия (почти 20% маскируются ПА), мигрень;

4. Вестибулопатия;

5. Синдром Рейно (от 30% до 80% протекают с ПА).

Не менее сложны психопатологические аспекты (ассоциированность) ПА и а) депрессия, б) биполярное расстройство, в) острое стрессовое расстройство, г) обсессивно-компульсивное расстройство, д) ПТСР, е) социофобия, ж) особые фобии, з) психозы.

В МКБ-10 поясняется: паническая атака (ПА, F-41.0), возникающая в установленной фобической ситуации, считается отражением тяжести фобии (которая должна кодироваться как основное расстройство).

Весьма распространенной является ассоциированность ПР с агорафобией – до 50% (в клиниках – свыше 80%). Последняя понимается широко (термин происходит от названия рынка в древних Афинах). Теперь он включает страх не только открытых пространств, но и таких ситуаций, как наличие толпы и невозможность сразу же вернуться в безопасное место (F-40.0).

Большинство пациенток – женщины. Им трудно в поездах, самолетах, автобусах. Несмотря на то, что выраженность тревоги и избегающего поведения могут быть различны – это наиболее дезадаптирующее из фобических расстройств и некоторые пациентки становятся полностью привязанными к дому. Их пугает мысль, что

они могут упасть и остаться беспомощными на людях. Отсутствие немедленного доступа к выходу является одной из ключевых черт многих агорафобических ситуаций (F -40.01 с паническим расстройством).

ПР, следовательно, различается от ПА, возникающее как существенная часть фобий (ФР – фобическое расстройство по МКБ-10).

ПА могут быть вторичными по отношению к депрессивным расстройствам. Для непсихотических, умеренных эпизодов характерны а) агедония - утрата способности получать удовольствия от прежних дел; б) понижение или повышение аппетита; в) агрипния или гиперсомния; г) утомляемость; д) чувство никчемности и др. Уменьшается способность концентрировать внимание, появляются суицидальные мысли, мысли о кончине.

Возникает вопрос о первичности или вторичности этих депрессий. Существует мнение, что вторичные депрессии нередки при ПР. Предлагалась схема: (1) ПА – (2) ипохондрия – (3) фобическое избегание – (4) вторичная депрессия.

В работе И.Лессера с соавторами (1988), изучавших случаи ПР без первичной депрессии, было обнаружено, что вторичная депрессия возникала лишь у трети (31%) больных. В исследовании А.Брейера (A.Breier, 1986) у 70% больных АФ с ПР выявлена «большая депрессия», причем в 57% она возникла после первой ПА.

С учетом риска суицидов при первичной депрессии дифференциальная диагностика ПР и ПА с депрессией необходима. На первичную депрессию могут указывать такие признаки как 1) потеря веса, 2) апрозексия и другие нарушения внимания, 3) агрипния. Вторичные депрессии имеют более благоприятное течение и обычно проходят после купирования ПР.

О том, что речь идет о различных недугах свидетельствует и ряд проб: так, депривация сна улучшает состояние больных при эндогенной депрессии и ухудшает при ПР; дексаметазоновый тест положителен в первом случае и отрицателен во втором; введение молочной кислоты вызывает ПА у пациентов с ПР (или у больных с депрессией в сочетании с ПР), но не вызывает при одной («в чистом виде») эндогенной депрессии.

До 70% соматоформных расстройств, относимых ранее к истерии, имеют среди своих манифестаций ПР. Как пишут А.М.Вейн, Г.М.Люкова, О.В.Воробьева и А.Б.Данилов (1997), наиболее значимыми для дифференциального диагноза оказалось соотношение вегетативных симптомов, эмоциональных и когнитивных, с одной стороны и функционально-невротических с другой. (Предложенный ими индекс типичности позволяет различать ПА от демонстративных приступов - ДП).

Авторы замечают, что среди клинических случаев агорафобии без панических атак, чрезвычайно редки.

Высказывалась гипотеза, что приступы паники или, по крайней мере, симптомы ПР как правило, готовят почву для агорафобии.

За рубежом получила признание когнитивно-поведенческая терапия (КПТ). Изучение катамнезов показало, что удовлетворительные результаты были получены при КПТ у 70-75% больных. Тогда как при психофармакотерапии у 60% (максимально). При этом спустя 1-2 года при медикаментозном лечении результаты явно снижались.

Следует сказать, что когнитивная терапия (КТ) включает различные подходы, например, «исключение катастрофизации», для укрепления конфронтации и/или коморбидной депрессии. Один из основоположников этого направления А.Бэк (A.Beck, 1985) считал главными проявлениями ПА: 1. необходимость телесных реакций; 2. чувство утраты контроля; 3. деперсонализацию; 4. ощущение переполненности тревогой; 5. чувство слабости и предобморочного состояния.

Когнитивные модели ПА отчасти подтверждаются в экспериментах, касающихся искажений в обработке информации.

Сторонники когнитивной теории полагают, что подверженные панике люди могут обладать высокой «тревожной чувствительностью» (сенситивностью) к определенным телесным ощущениям и неверно интерпретировать их, как признаки болезни. Пытаясь осознать возможную причину своих ощущений, например, недоброкачественная пища, ... или неприятный разговор с начальником, - эти лица все больше беспокоятся, что не могут контролировать себя, опасаются худшего, теряя все виды на будущее и впадают стремительно в панику. Опасениями, что приступы могут вернуться, они готовят себя к повторению ПА.

Среди возможных причин называлось то, что эти люди слабо умеют бороться со стрессом, или им не хватает социальной поддержки. Индивидуумы с высокой степенью «тревожной чувствительностью» в 5 раз чаще (по данным одного исследования) страдают ПР. Они склонны испытывать и неверно интерпретировать свои ощущения.

Поэтому первый шаг в КТ – рассказать больным о природе приступов паники и о тенденции неверно их истолковывать. Контроль ситуации ПА предлагается осуществлять с помощью релаксации.

В рамках поведенческой модели отмечались: 1. «страх страхов» (последующей ПА); 2. низкий уровень самодостаточности, независимости, уверенности в себе; 3. трудности в адекватной оценке «стрессующих» ощущений. Ссылаясь на учение И.П.Павлова о выработке условных рефлексов, предполагали, что, перенеся одну или две ПА, пациенты становятся «сверхнастороженными» в отношении своих ощущений.

В случаях «фобо-фобиях» физиологическая активация самого больного становится условным раздражителем (стимулом) для появления ПА.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) влияет на:

- 1) «копинг» - реакция совладения со страхом;
- 2) ритуал безопасности;
- 3) избегание.

Одним из слагаемых методов является опознание и изменение дисфункциональных когниций, под которыми понимают катастрофизацию, «абсолютные требования» и, так называемое, императивное мышление. Вносятся поправки в ложные интерпретации ощущений, выявляются логические ошибки мышления.

Проводятся также практические упражнения методом конфронтации или экспозиции.

Косвенным подтверждением реальности условно-рефлекторных механизмов в патогенезе ПР является успешность выработки «условных противорефлексов». Поведенческие психотерапевты подвергли больных ПР воздействию interoцептивных сигналов, получаемых с помощью инфузии лактата, ингаляций углекислого газа и кислорода, и тем самым снимали «страх перед страхом».

Упомянем о гипотезе, согласно которой ПА – это феномен «самофрагментации». Формирование единого «Я» происходит в детстве за счёт эмпатических связей с «Я»-объектом, в качестве которого выступает мать. Допускалось, что происходит неадекватная интернализация контролирующих тревогу механизмов, так как отсутствие эмпатических связей вызывает интерференцию процессов самоконтроля и предрасположенность к «соматофрагментации».

Средний возраст начала ПА – обычно третье – четвертое десятилетие. На этот возраст приходится проблема самоидентификации. Этот этап – главная единица «экзистенциального времени».

По мнению Д.Даймонда (D.Diamond, 1986), - сцепленность, единство «Я» закладывается в детстве через компенсаторные и защитные структуры. Если они неполноценны, то единство личности утрачивается, «Я» испытывает фрагментацию и развивается паническая атака (ПА).

С 2007 года нами амбулаторно наблюдались 50 больных с паническими атаками (ПА) в возрасте от 25 до 56 лет. Средний возраст 31+ - 1,2 года. 34 из них были женщины (68%), 16 мужчин (32%). У 28 было среднее образование, у 12 – незаконченное высшее и у 10 – высшее.

Группу контроля составили 50 пациентов, обратившихся в ряд поликлиник г. Москвы, часть из них – 20 человек лечились в ПБ №3 им. Гиляровского.

Больные обеих групп в течение длительного периода (от 2-3 до 5-6 лет) лечились медикаментозно. Больным 2-й группы (группа контроля) дополнительно проводи-



лась рациональная психотерапия, гипнотерапия, саморегуляция (АТ), групповая терапия. У них наблюдалось снижение тревожности, заметно урежались приступы. Улучшение было нестойким (до 2-3-х месяцев), вскоре у 58-60% возобновлялись тревожные ожидания ПА.

Изучение предшествующего психического состояния больных по «длиннику» позволило наметить некоторые психопатологические особенности, соглашаясь, хотя бы отчасти, с точкой зрения А.Эйя (1967):

1. динамика душевного состояния ряда пациентов (10 и 20%) побудила вспомнить о неврозе страха, описанном З.Фрейдом (1896), в котором страх, достигающий уровня паники, предметов – агорафобия, клаустрофобия, социофобия, акрофобия и зоофобия и др. (Классический психоанализ при ПА противопоказан);

2. осложнения фобических расстройств психосоматическими нарушениями, которые сопутствуют (коморбидно), либо отягощают (замещают) ПР. По-видимому, эта подгруппа более распространена, чем обычно фиксируется – 16 пациентов (32%);

3. у пациентов могут выявляться «ипохондрические» симптомы, в которых больной «рзряжает» (как это предполагается в некоторых воззрениях) свою тревогу, душевное напряжение, он жалуется, например, на «неостоятельность» печени, других органов и т.п. – у 4-х больных (8%).

Следует напомнить, что первое подробное описание ПР было сделано интернистом Де Коста (1871).

На то, что сердцебиение, небольшое давление в груди, одышка могут и не иметь органической основы, указывают и современные кардиологи (В.Л.Дощин, 2014).

Вместе с тем, соматические компоненты ПА, ПР создают на практике значительные трудности в диагностике и лечении.

Для объективной оценки аффективного состояния больных использовалась составленная нами «Анкета уровня тревожности» (Схема 1). Градуированные коэффициенты: 1) от 2-х до 5-ти (ответов) – низкий уровень тревожности; 2) от 6-ти до 11-ти – умеренный; 3) от 12-ти до 17-ти – средний; 4) от 18-ти до 25-ти - повышенный (высокий) уровень тревожности.

Низкий и умеренный уровни тревожности рассматриваются, как относящиеся к норме (или находящиеся на её границе). Дж. Росс, директор Центра по исследованию тревожных и сходных расстройств (г. Вашингтон, США) пишет: «Определенный уровень тревоги помогает нам распознать опасность или мотивирует нас вести себя определенным образом. Это здоровая реакция». «Часто люди сами сознают необоснованность своих фобий, - продолжает д-р Росс, - но показать им статистические данные бесполезно».

В начале курса ПМП у большинства пациентов – у 30-ти (60%) выявлялся средний уровень тревожности, у 12-ти (24%) – умеренный и у 8-ми (16%) – повышенный. Именно последние составили в дальнейшем рефракторную группу (РГ).

Тревога – субъективно неприятное эмоциональное состояние с чувством неопределенности, неясным прогнозированием.

Выделяют следующие виды тревоги: 1. ситуативная; 2) тревога ожидания; 3) спонтанная и 4) постстрессовая тревоги; 5) психотическая фобия; 6) тревожная депрессия. Более чем у 60% пациентов с тревогой имеются признаки депрессии.

Отличия болезненной тревоги: 1) тревожная реакция и избегающее поведение переживаются, как необоснованные, неадекватно сильные и слишком часто возникающие; 2) пациенты избегают ситуаций, вызывающих беспокойство и теряют контроль над тревогой; 3) реагирование возникает последовательно и длится дольше обычного; 4) ведут к нарушению качества жизни (Р.Лио и Г.У.Витген, 2003).

Ф.Б.Березин (1988) выделял тревожный ряд:

1. Ощущение внутренней напряженности;
2. Гиперестезическая реакция. Нейтральные стимулы становятся более значимыми и окрашиваются в негативные тона;
3. Появляется ощущение неопределенной угрозы. Признаком тревоги является неспособность определить опасность и время её возникновения. (Играет роль недостаток информации, неадекватность её логической переработки или неосознаванием беспокоящих факторов).
4. Конкретизация возникновения фобии.
5. Ощущение неотвратимости происходящего вызывает потребность в двигательной разрядке, которая проявляется в тревожно-боязливом возбуждении.

В начале курса полимодальной психотерапии (В.В. Макаров, 2011) больным предлагалось: 1) составить список своих «особенных беспокойств», включив в него все фобии (К. Свит, 2013); 2) провести разбор ситуаций; 3) выполнить домашнее задание: описать один из симптомов ПР в русле физиологических, т.е. нормальных реакций.

1) Одна из первых бесед посвящалась раскрытию «внутренней картины болезни» (ВКБ) – 30-40 минут. Вместе с тем учитывалось, что повышенный интерес к особенностям болезненного расстройства, может усугубить состояние. Как пишут М.Маккей и соавт.(2011), «ирония в том, что именно это внимание к симптомам своего организма в действительности и вызывает панику» (тревожные мысли не удаляют опасность).

При стесненном дыхании, учащенном сердцебиении у мужчин (14%) допускалась взаимосвязь с неясными фак-

## Анкета уровня тревожности

№	Наименование психофизиологического признака	Обычные дни	Плохие дни	Хорошие дни
<b>Общие ощущения</b>				
1.	Головокружения			
2.	Повышенное потоотделение (гипергидроз)			
3.	Поташнивание			
4.	Сердцебиение			
5.	Частое дыхание			
6.	Неустойчивость в занятом положении, при ходьбе			
<b>Психические феномены</b>				
7.	Мысленные «бренные» выражения по своему адресу			
8.	Раздражение (озлобление)			
9.	Застревание внимания на допущенных ошибках			
10.	Спор с самим собою, что делать			
11.	Уход в собственные мысли, тягостные воспоминания			
12.	Понижение уровня контроля за окружающим, сомнения в правильности выбранных действий			
<b>Работоспособность</b>				
13.	Истощаемость внимания, рассеянность			
14.	Резкие движения			
15.	Трудности проведения начатой работы, действия до конца			
16.	Понижение выносливости			
17.	Замедление реакции			
18.	Эпизодическое дрожание рук			
<b>Мышечный тонус</b>				
19.	Напряжение мышц шеи			
20.	Тяжесть в спине и/или в плечах (подчеркнуть)			
21.	Болевые ощущения в пояснице (преходящие)			
22.	Спазмы в области желудка			
23.	Утомление рук (правой, левой – подчеркнуть)			
24.	Напряжение в голених и стопах			
25.	Дополнительные явления (на усмотрение самих заполняющих анкету):			
	Возраст	Ф.И.О.		

торами физического нездоровья и, в частности, с фактором эректильной дисфункции.

2) Проводилось обучение дыхательным техникам: а) сначала выдыхайте; б) вдыхайте и выдыхайте через нос; в) при первых признаках нервозности сделайте глубокий выдох; г) дышите более плавно, размеренно животом; д) считайте дыхательные циклы (12-14 в минуту); е) дышите на счет: вдох – раз, два – выдох и т.д. раз, два, три, четыре. Объяснялась нецелесообразность поверхностного частого дыхания.

3) Прикладная релаксация (десенсибилизация). 1) последовательное расслабление в различных положениях тела: а) полусидя, б) полулежа, в) лежа и т.д. 2) основной принцип: напрячь мышцы – расслабить. 3) связующая формула: я успокаиваюсь ... 4) последовательность – от стоп к голеням и далее.

4) Мысленное моделирование. а) в состоянии расслабленности пациент представляет себе городской пейзаж (при агорафобии); б) вспоминается негативно окрашенная ситуация – конфронтация; в) погружение в неприятный инцидент; г) попытка мысленно воспроизвести отдельные неприятные ощущения ПА.

Психотерапевт выполняет контролирующую, сопровождающую и направляющую функции.

В дальнейшем пациент самостоятельно вызывает представления, провоцировавшие тревогу. С помощью углубления расслабленности ранее напряженных мышц он достигает снижения степени тревожности. Предполагается, что длительное «столкновение» с ситуацией и/или телесными ощущениями ведет к угасанию фобической напряженности.

5) Нами применялось мотивированное внушение по К.И.Платонову (1950) и метод репродуктивных переживаний М.М. Асотиани (1925), основанный на воспроизведении в гипнотическом состоянии ситуации формирования и патологической фиксации фобий и активного угасания в этом процессе фиксации реакции испуга, которая легла в основу образования навязчивого феномена.

В беседах пояснялось, что колебания вегето-сосудистого тонуса естественны, также на протяжении суток меняется активность центральной нервной регуляции и иногда могут возникать вегетативные гипоталамические, диэнцефальные кризы.

6) Пациентам предлагалось обрисовать у себя адаптивные черты.

Не исключалось наличие у них таких особенностей, как перфекционизм, а также алекситимии. В отдельный пункт выносилась попытка оценить степень зрелости личности и, в частности, - поведение взрослого. Изыскивались возможности повышения самооценки.

Подспорьем в этой работе служили некоторые методики, в частности, мультимодальный профиль (А.Лазаруса, 2010). BASIC ID: behavior, affect, sensation, imagination, cognition, interpersonal, drugs – поведение, аффект, ощущения, представления, когниции, межличностные отношения, лекарства и биологические факторы.

Также на занятиях пациентам давалось задание: проинвестировать объективизацию своих фобий, а) составлялась шкала негативных условий возникновения ПА; б) отдельные фобии «персонифицировались» в виде рисунка или схемы. Больные занимались обучением методике самовнушения. Приемы использовались ежевечерне в домашней обстановке.

С 30 пациентами (60%) проводились «функциональные тренировки». У 5-ти больных возникала тревога при вхождении в метро уже на эскалаторе. За ними сохранялось свобода выбора в действии. К концу «выходов» ставился вопрос об ответственности за свой выбранный маршрут. Курс продолжался 2-4 месяца.

Ещё Н.М.Асатиани (1974) заметила, когда больной находится в трудной для него ситуации, то разъяснения, успокоения и разубеждения излишни. С.И.Консторум (1959) писал, что разочарования ждут того, кто вздумает бороться с навязчивостями только с помощью гипнотизации: «...И гипноз, и рационалистическое убеждение и самовнушение могут оказаться подспорьем в большой психогической работе, но приписывать им ... устранение прямым путем навязчивости трудно».

У трети больных (16 человек) со средней тяжестью тревожности дополнительно использовались отвлекающие методики.

а) пациентам предлагалось научиться произносить решительно – вполголоса, шепотом, а затем и мысленно: «стоп!» в момент появления беспокоящих ощущений, опасений, тревоги. Предполагается, что ранее с этим словом условно-рефлекторно связывается тормозящий эффект. Автор методики И.Тейлор (1963) громко произносил «стоп», а пациент представлял красный сигнал светофора. (Нелишне представить также и шлагбаум, который опускается).

б) Р.Бендлер и Дж.Гриндер (2013) описали прием «переформирования», с помощью которого добиваются внутреннего согласия (чтобы все части вашего «Я» были конгруэнтны).

Условие – «хороший якорь» для интенсивного положительного опыта», чтобы с его помощью вытащить себя, если погружаешься в «старые, неприятные чувства». Они использовали технику наложения полагая, что делают «прямое обуславливание». – «Мы просто соединяем новый комплекс чувств, а именно, силу и компетентность с аудиальными и визуальными стимулами». Еще одно отличие — «старый комплекс чувств соединяем с другими



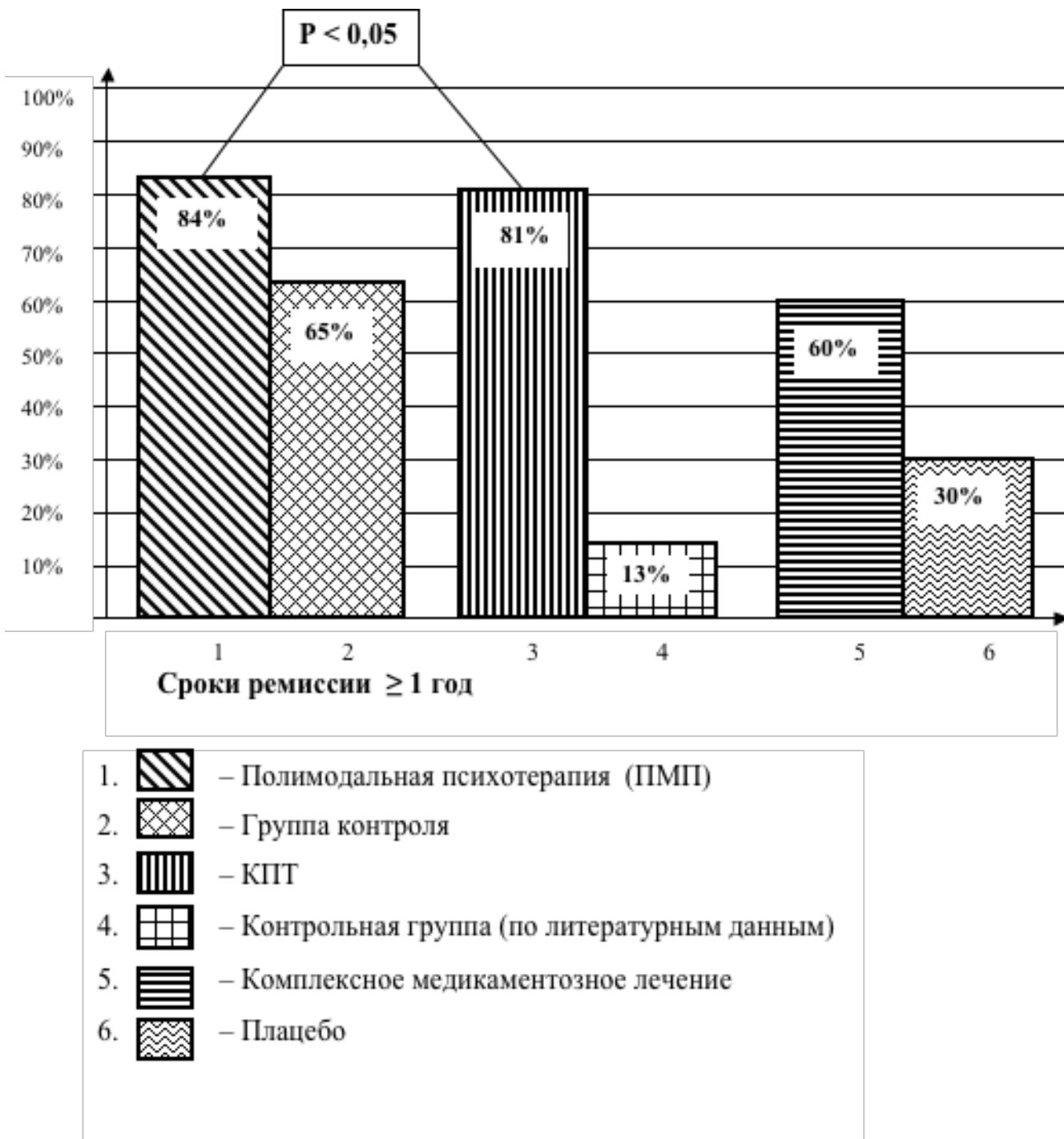


Рис. 1. Сравнительные результаты лечения ПР

реакциями вместо того, чтобы просто стереть, ... заместить негативные реакции позитивными. Это также, как когда на вопрос: «Как себя чувствуешь?» отвечают «ОК».

Этот подход занимает меньше времени, нежели «система физической десенсибилизации – около 6 месяцев.

Прикосновение к руке пациентки «стабилизирует фобические чувства» и побуждает её искать образ – метафору для всей фобической реакции. Её заставляют воспринимать старый опыт в состоянии комфорта.

в) авторы назвали свой труд «Из лягушек в принцы». Но, заметим, в отечественном фольклоре есть, например, царевна-лягушка. При ПА используется прием: пациент учится во время приступа присесть или даже прилечь на приготовленный коврик или диван и начать произносить: «лягушка... зеленая..., лягушка... зеленая..., лягушка зеленая».

г) ЛФК – упражнения: 1) неожиданно попрыгать (как дети). К этому замечание Н.Хеллингера (2006): «Понимание есть, но мы не осмеливаемся его огласить, потому что боимся, а что скажут другие. Когда боишься, становишься ребенком и не способен действовать».

2) совершить несколько танцевальных «па».

3) подышать через тонкую соломинку.

4) вечером открыть окно и посмотреть на небо. («Открылась бездна. Звезд полна, Звездам нет чисел. Бездне дна» М.В.Ломоносов.)

Курс полимодальной психотерапии длился 2,5—3,4 месяца. Обучение релаксации и приемам самовнушения проводились в небольших группах (5-6 человек) дважды в неделю.

Дыхательные техники дополняли выходы в сад, парк, т.е. занятия проводились на свежем воздухе.

Смягчение тревожности, выравнивание настроения с полным исчезновением ПА отмечалось у 42 больных (84%). Катанезы – от полугода до 2-х лет. У 6-ти больных (12%) улучшение расценивалось как не вполне устойчивое (колебание самочувствия, гипертонические кризы с возобновлением тревожности).

Эти явления, психогенно обусловленные, беспокоили значительно реже и протекали легче). Состояние 2-х пациентов (4%) показалось поначалу рефлекторным. Улучшение наступило спустя 1,5-2 года.

Сравнительные результаты лечения больных с ПР представлены на рисунке 1.

### Литература:

1. Асатиани Н.М. Психотерапия невроза навязчивостей. Руководство по психотерапии под редакцией проф. В.Е.Рожнова, М.,1974, с. 189-197.

2. Бурно М.Е. Внушение и самовнушение. Руководство по психотерапии под редакцией проф. В.Е.Рожнова, М.,1974, с. 84-90.

3. Бурно М.Е. Психотерапия психастении. Руководство по психотерапии под редакцией проф. В.Е.Рожнова, М.,1974, с. 187-188.

4. Варфоломеева Ю.В. Коморбидность ПР. Независимый психотерапевтический журнал. 2014, №1, с.75-79.

5. Вейн А.М., Колосова С.А. Вегето-сосудистая дистония. М, 1981.

6. Вейн А.М., Дюкова Г.М., Воробьева О.В., Данилов А.В. Панические атаки, СПб, 1997, с 154-185.

7. Воробьева О.В., Дюкова Г.М., Петрова Н.Л. Эффективность апрозалама в терапии панических расстройств. Журнал «Неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова», 1996, №4, с. 9-13.

8. Давыденков С.Н. Неврозы, М., 1962, т.У1.

9. Консторум С.И. Опыт практической психотерапии. М., 2010, 3-изд., с. 125-137.

10. Кравченко Ю.Э. Психология эмоций, М., 2012, с. 182-184.

11. Лазарус А.–цит. По книге Кулаков С.П. Психосоматика, СПб, 2010, с. 194-195.

12. Макаров В.В. Горизонты психотерапии. Материалы Международного конгресса «Интегративные процессы в психотерапии и консультировании. Психотерапия здоровых. Медиация». Ежемесячный научно-практический журнал «Психотерапия». Москва. №10, 2011, с. 47-53.

13. Мясичев В.Н. К вопросу теории психотерапии. Руководство по психотерапии, М., 1974, с. 9-18.

14. Чутко Л.С. Тревожные расстройства, СПб, 2010, с. 41-54.

15. Beck A. T. Cognitive therapy and emotional disorders, N.Y., 1976, p.276.

16. Beck A. T. Cognitive approach to panic disorders: in S.Rachman I.D. baser. Panic Psychological Perspectives, 1988. p. 91-111.

17. Breier A., Charpeg D., Heninget C. Agoraphobia with PA. Arc. Gel. Psychiatry, 1986, vol. 43, №11, p. 1029-1035.

18. Р.Бендлер, Дж. Гриндер Из лягушек – в принцы. М. 2013, с. 98-103.

19. Diamond D.B. Panic atacs. American L. of Psychotherapy, 1985, vol. 89, p. 114-125.

20. Frances A., Dall P. The attachment – autonomy conflict in agoraphobia. Int.I.Psychoanal. 1976, vol. 56, p.438-439.

21. Horney K. Our Inner Conflict. Norton, N.Y. 1945.

22. Horney K. Newrosis and Human growth. Norton. N.Y.1950.

23. Lesser I.M., Rubil R.T. et al. Secondary depression in panic disorder and AF Arc. *gel. Psychiatry*. 1988, vol. 46, p. 437-443.
24. Freud S. Obsessions et phobies. *Revue nevrologique*. 1985.
25. Salkonkis P.M. Phenomenology assesment and the cognitive model of panic. In S.Rahman, I.D. Maset. *Panik Psychological perspective.*, Hillzsl N.J. Rachman, 1988, p. 114-138.
26. Seligman M.M. Helplessness on Depression. San Francisco, 1975.
27. Свит К. Сам себе психотерапевт. М. 2013, с. 185-190.
28. Taylor C.B. et al. Treadmil exercise fest and ambulatory measure of panic atacs. *J.Cardiol*. 1987, p. 48-52.

## About the diagnosis and multimodal therapy of panic disorders

Yuri Pokrovsky

psychiatrist, psychotherapist, Ph.D., Associate Professor, Head. of studies department of psychotherapy, medical psychology and sexology, Russian Medical Academy of Postgraduate Education. Email: pokr@bk.ru

Vladimir Smirnov

psychiatrist, psychotherapist, Ph.D., assistant professor of psychotherapy and sexology Russian Medical Academy of Postgraduate Education. Moscow. Russia

Anastasia Kralya

psychiatrist, psychotherapist, graduate student of psychotherapy and sexology Russian Medical Academy of Postgraduate Education. Moscow. Russia

**Annotation.** The article deals with the pathogenesis, clinical manifestations, differential diagnosis of panic disorder (PA). Is described in detail (in the framework of multimodal therapy) psychotherapeutic approaches and techniques of psychotherapeutic techniques, depending on the clinical manifestations of PsA. The comparative evaluation of the effectiveness of psychotherapy for multimodal and cognitive-behavioral, and complex drug therapy and placebo.

**Keywords:** panic attacks, anxiety, multimodal therapy, cognitive-behavioral therapy.

### References:

1. Asatiani NM *Psychotherapy obsessional neurosis. Guide Psychotherapy*, edited by prof. V.E.Rozhnova, M., 1974, p. 189-197.
2. Rapidly ME *Suggestion and self-hypnosis. Manual therapy* edited by prof. V.E.Rozhnova, M., 1974, p. 84-90.
3. Rapidly ME *Psychotherapy psychasthenia. Manual therapy* edited by prof. V.E.Rozhnova, M., 1974, p. 187-188.
4. Varfolomeeva Y. Comorbidity AVE. *Independent psychotherapeutic journal*. 2014, №1, s.75-79.
5. Wayne A., Kolosov SA *Vascular dystonia*. M, 1981.
6. Vein A.M., Dyukova G.M., Vorobyov O.V., Danilov A.V. *Panic attacks*, St. Petersburg, 1997, pp 154-185.
7. Vorobyov O.V., Dyukova GM, Petrov NL *Aprozalama Efficacy in treatment of panic disorders. Journal of Neurology and Psychiatry. SS Korsakov* «, 1996, №4, p. 9-13.
8. Davydenkov S.N. *Neuroses*, M., 1962, t.Y1.
9. Konstorum SI *Experience of practical psychotherapy*. M., 2010, 3rd ed., P. 125-137.
10. Kravchenko YE *Psychology of emotions*, M., 2012, p. 182-184.
11. A. Lazarus-op. *According to the book Kulakov SP Psychosomatics*, St. Petersburg, 2010, p. 194-195.

12. VV Makarov Horizons psychotherapy. Proceedings of the International Congress «The integrative processes in psychotherapy and counseling. Psychotherapy healthy. Mediation «. The monthly scientific journal «Psychotherapy.» Moscow. №10, 2011, p. 47-53.
13. Myasishev VN On the question of the theory of psychotherapy. Manual therapy, M., 1974, p. 9-18.
14. Keenly LS Anxiety disorders, St. Petersburg, 2010, p. 41-54.
15. Beck AT Cognitive therapy and emotional disorders, NY, 1976, p.276.
16. Beck AT Cognitive approach to panic disorders: in S.Rachman ID baser. Panic Psychological Perspectives, 1988. p. 91-111.
17. Breier A., Charpeg D., Heninget C. Agoraphobia with PA. Arc. Gel. Psychiatry, 1986, vol. 43, №11, p. 1029-1035.
18. R.Bendler, George. Grinder Frogs - a prince. M. 2013, p. 98-103.
19. Diamond D.B. Panic atacs. American L. of Psychotherapy, 1985, vol. 89, p. 114-125.
20. Frances A., Dall P. The attachment - autonomy conflict in agoraphobia. Int.I.Psychoanal. 1976, vol. 56, p.438-439.
21. Horney K. Our Inner Conflict. Norton, N.Y. 1945.
22. Horney K. Newrosis and Human growth. Norton. N.Y.1950.
23. Lesser I.M., Rubil R.T. et all Secundaty depression in panic disorder and AF Arc. gel. Psychiatry. 1988, vol. 46, p. 437-443.
24. Freud S. Obsessions et phobies. Reivue nevrologique. 1985.
25. Salkonkis P.M. Phenomenology assesnent and the cognitive model of panic. In S.Rahman, I.D. Maset. Panik Psychological perspective., Hillzasl N.J. Rachman, 1988, p. 114-138.
26. Seligman M.M. Helplessness on Depression. San Francisco, 1975.
27. K. Sweet Himself a psychotherapist. M. 2013, p. 185-190.
28. Taylor C.B. et all. Treadmil exercise fest and ambulatory measure of panic atacs. J.Cardiol. 1987, p. 48-52.