

Парадоксальная психотерапия панического расстройства

МАКАРОВ В.В.

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психотерапии и сексологии, ГБОУ ДПО «РМАПО Минздрава России»; кафедра психотерапии, Наркологический диспансер №6; 109280, г. Москва, 2-й Автозаводский пр-д, д. 4; e-mail: 9259036@gmail.com

КОРАБЕЛЬНИКОВА Е.А.

д.м.н., профессор кафедры нервных болезней, Первый МГМУ им. И. М. Сеченова; Москва 107150, Лосиноостровская, вл. 43; НУЗ «Центральная клиническая больница №2 им. Н.А. Семашко» ОАО «Российские железные дороги»; e-mail: e-korabel@mail.ru

КРАЛЯ А.А.

аспирант кафедры психотерапии и сексологии, ГБОУ ДПО «РМАПО Минздрава России»; кафедра психотерапии, Наркологический диспансер №6; e-mail: ankralya@yandex.ru

Приводятся характеристика и сравнительный анализ методов психотерапии панического расстройства. Рассматриваются роль и место парадоксальной психотерапии в структуре лечебного воздействия при паническом расстройстве. Предлагается обзор исследований, демонстрирующих эффективность метода для пациентов этой категории.

Ключевые слова: парадоксальная психотерапия, паническое расстройство.

Введение

Паническое расстройство является достаточно распространенной патологией. По данным разных авторов, оно встречается от 2,7 до 4,7% в популяции [2, 27, 38]. В последние годы распространенность панических атак и количество обращений, связанных с ними постоянно растет [23], что обуславливает интерес к этой патологии врачей различных специальностей.

Заболевание дебютирует чаще всего в возрасте 20—30 лет и чрезвычайно редко до 15 и после 65 лет. Женщины страдают в 2—3 раза чаще мужчины.

Термин «паническая атака» получил признание во всем мире благодаря классификации болезней, предложенной Американской Ассоциацией психиатров в 1980 г. (DSM-III). Согласно последней, панические атаки являются основным проявлением «панического расстройства», входит рубрику «тревожных» и «фобических» расстройств, которые, в свою очередь, включены в класс «невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств».

Критерии, необходимые для диагностики панической атаки, можно обобщить следующим образом:

- пароксизмальность;
- полисистемные вегетативные симптомы;
- аффективные расстройства.

В настоящее время в классификации DSM-IV [19] и в Международной классификации болезней (МКБ-10) [3] приняты следующие критерии диагностики панического расстройства:

А. Повторное возникновение приступов, в которых интенсивный страх или дискомфорт в сочетании с четырьмя или более из психовегетативных симптомов (сердцебиение, потливость, ощущение нехватки воздуха, озноб и др.) развиваются внезапно и достигают своего пика в течение 10 мин.;

Б. Возникновение панической атаки не обусловлено непосредственным физиологическим действием каких-либо веществ (например, лекарственной зависимостью или приемом препаратов) или соматическими заболеваниями (например, тиреотоксикоз);

В. В большинстве случаев панические атаки возникают не в результате других тревожных расстройств, таких, как «фобии», «обсессивно-фобические расстройства», «посттравматические стрессовые расстройства».

Приступы паники не представляют опасности для жизни или здоровья человека, но это пугающее состояние, в котором человек не может контролировать свои чувства и эмоции, и становится полностью незащищенным. Паническое расстройство постепенно подтачивает уверенность человека в себе и веру в окружающих, поэтому больной не может нормально общаться с другими из-за сильнеешего чувства незащищенности. Больной с паническим расстройством упорно избегает мест, в которых трудно получить помощь. Он предпочитает, чтобы в таких местах, как перегруженные улицы, переполненные магазины, закрытые пространства (например, тоннели, мосты, подъемники) и замкнутые транспортные устройства (метро, автобусы, самолеты), его сопровождали друзья или члены семьи.

Лечение панического расстройства

По результатам многочисленных исследований, в большинстве случаев наиболее эффективным оказывается комбинированное лечение панических атак, при котором лекарственное лечение сочетается с психотерапией [1, 5, 6].

В лечении панического расстройства эффективны следующие препараты: трициклические (тетрациклические) антидепрессанты неизбирательного действия (имипрамин, кломипрамин, amitриптилин, миансерин); высокопотенциальные бензодиазепины (клоназепам, алпразолам); антидепрессанты избирательного действия (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (пароксетин, флувоксамин, сертралин, флуоксетин, циталопрам).

Методы психотерапии панического расстройства

Спектр психотерапевтических методов разнообразен; особую значимость имеют когнитивно-поведенческие методы: дыхательно-релаксационный тренинг, преодоление негативного мышления, систематическая десенсибилизация, функциональная тренировка. Их эффективность в лечении панического расстройства подтверждена многочисленными исследованиями [10, 32, 34, 35]. Вместе с тем, достаточно быстро и успешно справляясь с симптоматикой заболевания, когнитивно-поведенческая терапия не затрагивает невротический конфликт. Это, в свою очередь, может привести к появлению новых симптомов или к рецидиву заболевания [10]. Bakker A. [15] отмечает, что КПТ не предотвращает рецидивов, и сохраняется возможность возвращения фобических симптомов.

В отличие от поведенческой терапии, психодинамический подход направлен на выявление психологических причин панического расстройства и бессознательных конфликтов, характерных для пациентов этой категории [17]. Недостатком психодинамического подхода является большая продолжительность лечения. Даже краткосрочные варианты не ограничиваются 20 сессиями.

Среди других методов психотерапии, эффективных в лечении панического расстройства, можно отметить гештальт-терапию, метод, рассматривающий состояние пациента «здесь и сейчас». Видя источники расстройства в детстве, метод, тем не менее, основной целью ставит помощь в осуществлении личного роста, решении актуальных задач, удовлетворении текущих, насущных психических потребностей пациента. Само понятие «гештальт» (*gestalt* — форма, фигура, образ) иллюстрирует идею психотерапии. Все жизненные события, переживания — взаимосвязанная череда образов, которые стремятся к объединению

между собой, образованию некой целостности. Если этот процесс нарушается, возникает расстройство или заболевание. Цель терапевта — помочь «нащупать» те компоненты, которые «выпали» из единого целого, восстановить целостность и законченность образа. Пациент достигает постепенного исчезновения симптомов через личностный рост.

Терапевтические отношения создают фон, позволяющий пережить панику и чувство одиночества. В таких условиях пациент способен распознать, встретиться, выдержать и освободить свою тревогу. Происходит глубокая творческая перестройка отношений и жизни [9].

В отличие от когнитивно-поведенческой психотерапии, ведется работа над поиском смысла, а не только способ устранения симптомов. К недостаткам гештальт-терапии прежде всего относится слишком медленное и слишком общее воздействие. Как и в психоанализе, ее эффект проявляется очень медленно, только после кардинальной перестройки психики в целом, при том, что конкретная проблема, с которой человек и пришел к психологу, может оставаться неразрешенной годами.

Парадоксальная психотерапия

Одним из новых направлений терапии панического расстройства стала парадоксальная психотерапия. Этот метод берет свои истоки от Альфреда Адлера. Mozdierz G. и коллеги [31] описывают неспецифическую парадоксальную стратегию Адлера [11], которая заключается в том, чтобы избежать борьбы с пациентом. Авторы приводят некоторые специфические техники, базирующиеся на адлеровском подходе:

- 1) разрешение — терапевт разрешает пациенту проявлять симптомы;
- 2) предвидение — терапевт предвидит, что симптомы пациента появятся вновь (будет рецидив);
- 3) изменение пропорций — терапевт провоцирует пациента на усиление симптомов, либо же относится к ним серьёзнее, нежели сам пациент;
- 4) переопределение — терапевт заново определяет или интерпретирует симптоматическое поведение, придавая ему позитивное значение;
- 5) практика — терапевт просит пациента усовершенствоваться и обогатить симптоматическое поведение.

Среди различных практик, стоящих у истоков парадоксальной психотерапии, наиболее приближены к сегодняшним воззрениям работы Виктора Франкла, создателя экзистенциального подхода, названного им логотерапией. Её цель — склонить пациента к осознанному принятию личной ответственности за собственную жизнь. Одной из главных техник, используемых в логотерапии, является парадоксальное

намерение (интенция). Техника парадоксального намерения заключается в предписании пациенту намеренно вызывать у себя проявление симптома и предполагает отношение к симптому как к другу [7]. Суть теории Франкла состоит в том, что невроз формируется по механизму обратной связи, а невротические симптомы — как реакция на страх ожидания. По мнению Франкла, единственным способом разорвать этот замкнутый круг является применение техники парадоксального намерения.

Парадоксальные техники являются также элементом гештальт-терапии, хотя они и не определяются как парадоксальные. Weisser A. [16] утверждает, что в основании гештальт-терапии лежит парадоксальная теория изменения. По его мнению, изменение наступает, когда человек становится тем, кто он есть, а не тогда, когда пытается стать тем, кем он не является. Поэтому гештальттерапевты стараются помочь пациенту быть там, где он находится, и тем, кем он является. Они принимают на себя парадоксальную роль лица, не производящего изменений. К великим предшественникам парадоксальной психотерапии относится Милтон Эриксон, а также участники проекта Бейтсона, или группа из Пало Альто. Коллектив из Пало Альто выдвинул описанную ранее теорию двойной связки как зеркального отражения терапевтической двойной связки, или парадокса в психотерапии. Данные исследователи опубликовали множество значительных трудов на тему применения парадокса в процессе психотерапии [24, 26, 29, 39, 40,].

Хейли констатировал, что Эриксон мастерски использовал парадокс как в гипнозе; так и в других методах психотерапии. В книге «Необычная терапия» [25] Хейли описывает несколько типичных парадоксальных техник, используемых Эриксоном. В частности, психотерапевт стремится вызвать изменение через наклеивание на пациента нового, позитивного ярлыка. Он воздействует на пациента косвенно и скрыто, избегая прямых методов. Милтон Эриксон рассматривал симптом как избранный пациентом метод коммуникации с терапевтом. Одобряя симптом, он находил такое определение, которое бы позволило изменить отношение к нему. Кроме того, автор подходил к патологическому проявлению не как к составляющей болезни, а как к избранному пациентом способу коммуникации и аутокоммуникации.

Эриксон доказал, что с помощью гипнотического парадокса можно эффективно лечить очень многие нарушения [20]. Анализируя литературу по данному вопросу, Stanton M. [37] показал эффективность парадоксального подхода в лечении проблем переходного возраста, старения, алкоголизма, анорексии и нарушения аппетита, тревоги, бронхиальной астмы, эмоциональных проблем у детей и многих других проблем.

Парадоксальные техники оказываются наиболее полезными в ситуации выраженного сопротивления [33, 36, 37] и нередко оказываются эффективными в работе со случаями, резистентными к другим методам психотерапии. По мнению Франкла, техника парадоксального намерения является неспецифическим методом, эффективным независимо от этиологии болезни [21].

Мишенями использования парадоксальной интенции могут быть тревожные расстройства, в частности агорафобия, паническое расстройство, социальные фобии [14, 22].

Метод парадоксального намерения в работе с тревожными пациентами направлен на преодоление свойственной им тревоги ожидания, парадоксальным образом усиливающей симптомы, которых так боится пациент. Франкл подчёркивал, что его процедура не ограничивается воздействием на симптомы, а направлена на изменение отношения пациента к собственному неврозу, то есть экзистенциальную реориентацию. По мнению автора, юмористический контекст — важнейший фактор, позволяющий пациенту «отдалиться» от собственного невротического состояния [7].

Asher L.M. [13] предполагает, что предпосылкой для успешного применения парадоксальной интенции при агорафобии является разрушение порочного круга тревоги. Парадоксальные инструкции предлагают пациенту с агорафобией вместо борьбы с тревогой и физическими симптомами отказаться от контроля и позволить тревоге свободно проявляться. Клиент получает инструкцию сконцентрироваться на симптоме и усиливать его (например, повышать частоту сердечных сокращений). Готовый следовать этим инструкциям пациент становится свободен от тревоги, так как сам контролирует непроизвольный процесс.

Эффективность парадоксальной психотерапии в лечении панического расстройства и агорафобии подтверждена клиническими исследованиями.

Ascher L.M. [12], доказывает эффективность парадоксальной интенции при избегающем поведении у взрослых. Основываясь на его исследовании, Kolko D.J.[28] применил парадоксальную интенцию у девочки 16 лет с агорафобией и избегающим поведением. Было показано, что парадоксальные инструкции, направленные на усиление субъективной тревоги, привели к редукции ограничивающего поведения, а также к снижению тревоги и страха.

Mavissakalian M. и соавторы [30], проведя сравнительный анализ эффективности аутотренинга и парадоксальной интенции, пришли к выводу, что эффект от последней возникает быстрее.

Dattilio F.M. [18] считает, что парадоксальная интенция является терапией выбора при панических

атаках, однако пациенты, резистентные к большинству психотерапевтических методов, нуждаются в ней больше других. То же можно сказать о случаях невозможности применять технику индукции симптома (например, у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями).

Крупномасштабное исследование было проведено в центре стратегической терапии под руководством Дж. Нардонэ [4]. Автором и его коллегами была разработана модель парадоксальной терапии, основанная на стратегическом подходе М. Эриксона и краткосрочной системно-стратегической терапии [41]. Исследователи предполагают, что терапия должна строиться на разрыве замкнутого круга, представленного типичными для пациента попытками решения проблемы: для агорафобии это «запрос о помощи» и «избегание», а для панического расстройства — «запрос о помощи» и «обсессивная попытка контролировать симптом». В случае сочетания панического расстройства и агорафобии предлагалось начинать работу с воздействия на ведущий симптом. В результате терапии агорафобии с приступами паники и панического расстройства положительный эффект был достигнут в 94% и 86% случаях, соответственно. Контроль состояния пациентов через 3 месяца, 6 месяцев и 1 год показал низкий процент рецидивов. Средняя продолжительность терапии составила 14 сессий, что говорит об экономичности данной терапевтической модели.

Заключение

Подводя итог вышесказанному, можно сделать вывод, что парадоксальная психотерапия является эффективным краткосрочным направлением в лечении панического расстройства и может быть рекомендована для применения в практике врачей-психотерапевтов.

Список литературы

1. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение / Под ред. В. Л. Голубева. — М.: Медицинское информационное агентство, 2010. — 642 с.
2. Дюкова Г.М. Вегетативные пароксизмы / В кн.: Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика / Под ред. А.М. Вейна. — М.: Медицинское информационное агентство, 1998. — С. 121—170.
3. Классификация болезней в психиатрии и наркологии: Пособие для врачей / Под ред. М.М. Милевского. — М.: Трида-Х, 2009. — 184 с.
4. Нардонэ Дж. Страх, паника, фобия: краткосрочная терапия.: Пер. с ит. — М.: Психотерапия, 2008. — 352 с.

5. Панические атаки / А. М. Вейн, Г. Н. Дюкова, О.В. Воробьева, А. Б. Данилов. СПб.: Институт медицинского маркетинга, 1997. — 304 с.
6. Ташлыклов В.А., Ковпак Д.В. Паническое расстройство в практике терапевта: учебно-методическое пособие для врачей. — СПб.: Речь, 2007. — 64 с.
7. Уикс Джеральд Р., Л'Абат Л. Психотехника парадокса: Практическое руководство по использованию парадоксов в психотерапии.: Пер. с англ. — М.: Маркетинг, 2002. — 278 с.
8. Франкл В. Человек в поисках смысла.: Пер с англ. — М.: Прогресс, 1990. — 368 с.
9. Франчесетти Дж. Панические атаки (Гештальт-терапия в единстве клинических и социальных контекстов): Пер. с ит. — М.: МИГТиК, 2014. — 264с.
10. Фурсова М.В. Сравнительная эффективность методов лечения панического расстройства. Дисс. канд. мед. наук. — СПб., 2005. -155 с.
11. Adler A. The individual psychology of Alfred Adler. — N.Y.: Harper and Row, 1956. — 479 p.
12. Ascher L.M. Employing paradoxical intention in the treatment of agoraphobia // Behaviour Research and Therapy. — 1981. — №19. — p. 533—542.
13. Ascher L.M., Michelson L. Paradoxical intention in the treatment of agoraphobia and other anxiety disorders // Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. — 1984. — №3. — p. 215—220.
14. Ascher, L.M., Turner, R. A comparison of two methods for the administration of paradoxical intention // Behavior Research and Therapy. — 1980. — №18. — p. 121—126.
15. Bakker A., van Balcom A.J., Spinhoven P. SSRI vs. TCAs in the treatment of panic disorder: metaanalysis / Acta Psychiatrica Scandinavica. — 2002. — №3. — p. 163—167.
16. Beisser A. The paradoxical theory of change // Gestalt therapy now: red. J. Fagan J., Shepherd I. — N.Y.: Harper and Row, 1970. — p. 77—80.
17. Busch F.N., Mildrod B.L., Singer B.S. Theory and technique in psychodynamic treatment of panic disorder // The Journal of Psychotherapy Practice and Research. — 1999. — №8. — p. 234—242.
18. Dattilio F.M. Paradoxical intention as a proposed alternative in the treatment of panic disorder / / Journal of Cognitive Psychotherapy. — 1994. — №8 (1). — p. 33—40.
19. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition. — Washington D.C.: American Psychiatric Press. — 1994. — 886 p.
20. Ericson M. Psychotherapy achieved by reversal of the neurotic processes in a case of ejaculation praecox // American Journal of Clinical Hypnosis. — 1973. — №15. — p. 217—222.
21. Frankl V. Psychotherapy and existentialism: Selected papers on logotherapy. — N.Y.: Simon and Schuster. — 1967.
22. Frankl V. Paradoxical intention and dereflexion // Psychotherapy: Theory, Research, Practice. — 1975. — №12. — p. 226—237.
23. Gerdes T., Yates W.R., Glancy G. Increasing identification and referral of panic disorder over the past decade // Psychosomatics. — 1995. — №36 (5). — p. 480—486.
24. Haley J. Strategies of psychotherapy. — N.Y.: Grune and Stratton, 1963.
25. Haley, J. Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erickson. — N.Y.: Ballantine. — 1973. — 210 p.
26. Haley J. Problem-solving therapy. — San Francisco: Jossey-Bass. — 1976. — 172 p.

27. Kessler R.C., Chiu W.T., Jin R., et al. The epidemiology of panic attacks, panic disorders, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication // Archives of General Psychiatry. — 2006. — №63. — P. 415—424.
28. Kolko D.J. Paradoxical instruction in the elimination of avoidance behavior in an agoraphobic girl // Journal Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. — 1984. — №1. — P. 51—57.
29. Lederer W.J., Jackson D.D. The mirages of marriage. — N.Y.: W.W. Norton, 1968. — 480 p.
30. Mavissakalian M., Michelson L., Greenwald D., Kornblith S., Greenwald M. Cognitive-behavioral treatment of agoraphobia: paradoxical intention vs self-statement training // Behaviour Research and Therapy. — 1983. — №1. — P. 75—86.
31. Mozdierz G., Macchitelli F., Lisiecki, J. The paradox in psychotherapy: An Adlerian perspective // Journal of Individual Psychology. — 1976. — №32. — 169—184.
32. Rollman B.L., Belnap B.H., Mazumdar S. A randomized trial to improve the quality of treatment for panic and generalized anxiety disorder in primary care // Archive of General Psychiatry 2005; 62: 1332—1341.
33. Rosen J. Direct psychoanalysis. — N.Y.: Grune and Stratton. — 1953. — 184 p.
34. Roy-Byrne P.P., Craske M.G., Stein M.B. A randomized effectiveness trial of cognitive-behavioral therapy and medication for primary care panic disorder // Arch. Gen. Psychiatry. — 2005. — №62. — P. 290—298.
35. Roy-Byrne P.P., Katon W., Cowley D.S., Russo J. A randomized effectiveness trial of collaborative care for patients with panic disorder in primary care // Arch. Gen. Psychiatry.-2001. — №58. — P. 869—876.
36. Selvini-Palazzoli M., Cecchin G., Prata G., Boscolo L. Paradox and counter-paradox. — N.Y.: Jason Aronson, 1978. — 204 p.
37. Stanton M. Strategic approaches to family therapy / In: Handbook of Family Therapy. Eds.: Gurman, A.S., and Kniskern, D.P. — New York: Brunner / Mazel, 1981. — Vol. 1. — P. 361—402.
38. Von Korff M.R., Eaton W.W., Keyl P.M. The epidemiology of panic attacks and panic disorder // American Journal of Epidemiology. — 1985. — №122. — P. 946—970.
39. Watzlawick P., Beavin J., Jackson D. Pragmatics of human communication. — New York: W.W. Norton. — 1967. — 320 p.
40. Watzlawick P., Weakland J., Fisch R. Change: Principles of problem formation and problem resolution. — New York: W.W.Norton. — 1974.
41. Weakland, J., Fisch, R., Watzlawick, E., Bodin, A. Brief therapy: Focused problem resolution // Family Process. — 1974. — №13. — P. 141—168.

Paradoxical 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

Description and comparative analysis of the psychotherapeutic methods of panic disorders treatment are given. Role and place of paradoxical psychotherapy in the framework of panic disorders treatment are viewed. Review of researches that prove the efficiency of the discussed method for patients is brought.

Key words: paradoxical psychotherapy, panic disorder.