

УДК 316.64

В статье представлен обзор моделей краткосрочной психотерапии панического расстройства. В начале работы приводятся краткая характеристика заболевания, особенности его диагностики и специфика течения. Затем описываются основные теории, объясняющие его природу. Завершается статья представлением трех моделей краткосрочного вмешательства при лечении панического расстройства – поведенческой, стратегической и нейрофизиологической. Особенностью данной работы является обзор не только хорошо известного в России поведенческого подхода к терапии данного заболевания, но и существенно менее знакомых отечественным специалистам в области психического здоровья направлений.

Ключевые слова: краткосрочная психотерапия; паническое расстройство; стратегическая терапия; поведенческая терапия; метод десенсибилизации и переработки движениями глаз

The article presents an overview of models of brief psychotherapy of panic disorder. At the beginning of the work are given a brief description of the disease, the features of its diagnosis and the specifics of the course are given. Then described the basic theories explaining its nature. The article concludes with the presentation of three models of brief intervention in the treatment of panic disorder - behavioral, strategic and neurophysiological. The peculiarity of this work is a review of not only the well-known in Russia behavioral approach to the treatment of this disease, but also significantly less familiar to domestic specialists in the field of mental health areas.

Keywords: brief psychotherapy; panic disorder; strategic therapy; behavioral therapy; eye movement desensitization and reprocessing.

В. В. Козлов

Ярославский государственный университет им. П. Г. Демидова

E-mail: kozlov@zi-kozlov.ru

Н. А. Власов

Психиатрическая клиническая больница им. П. Б. Ганнушкина

E-mail: kaiser85@yandex.ru

Модели краткосрочной психотерапии панического расстройства

Обзорная статья

V. V. Kozlov

P. G. Demidov Yaroslavl State University

N. A. Vlasov

P. B. Gannushkin Moscow City Clinical Psychiatric Hospital

The Models of Brief Psychotherapy of Panic Disorder

Review article

Современные данные по эпидемиологии панического расстройства несколько различаются в зависимости от источника, выборки и года проведения исследования, однако все они демонстрируют значительную распространенность данного недуга. Г. Каплан и Б. Сэдок указывают на то, что от 2 до 5 % населения страдают от данного заболевания и составляют до 15 % от общего числа больных, обращающихся за помощью к кардиологам [1]. Р. Комер также указывает на схожие данные – 2,3 % среди американской популяции [2].

По данным А. Б. Смулевича, до 15 % населения испытывают панические атаки, не переходящие в расстройство, а среди пациентов районных поликлиник и психиатрических учреждений (больниц и диспансеров) 28 % составляют больные с диагнозом «паническое расстройство» [3]. И, наконец, результаты наиболее масштабного исследования: Kessler и Weissman на основе анализа 40.000 испытуемых указали на наличие панического расстройства у 1,4–3,5 % населения [4]. При этом все авторы указывают на тот факт, что

© Козлов В. В., Власов Н. А., 2019

у женщин паническое расстройство встречается, как минимум, вдвое чаще, чем у мужчин. Таким образом, психотерапия данного заболевания является актуальной, причем как с теоретической, так и с практической точек зрения.

Краткая характеристика панического расстройства. Паническое расстройство – это психическое расстройство тревожного спектра, характеризующееся повторяющимися приступами паники [2]. Приступ паники (паническая атака, вегетативный криз) – четко очерченное во времени, лавинообразно возникающее пароксизмальное состояние, проявляющееся нарастающими немотивированными тревогой, страхом в сочетании с полисистемными вегетативными расстройствами. Эти состояния, как правило, длятся не более 30 минут [5].

Название заболевания произошло от имени древнегреческого бога Пана, покровителя дикой природы, завидев которого простые смертные в ужасе разбегались. Переживание панических атак включает в себя страх смерти или потери контроля (сойти с ума) с выраженными дискомфортными ощущениями – учащенным сердцебиением, одышкой, болью в области сердца и т. п. Довольно часто паническое расстройство сочетается с агорафобией. Различают спонтанные, т. е. ничем не спровоцированные, и вторичные панические атаки, которые вызываются определенной ситуацией, однако такая дифференциация зачастую бывает затруднительной в силу комбинированного влияния как внешних, так и внутренних факторов [4].

Коморбидность. У 70 % больных паническим расстройством может развиваться депрессия, у 20 % – зависимое поведение от алкоголя или наркотиков [4], а симптомы соматизированного расстройства имеют 61 % женщин и 33 % мужчин [3].

Диагностика панического расстройства. Паническое расстройство – довольно «модная» по нашим наблюдениям патология, которую некоторые пациенты сами себе приписывают по тем или иным причинам. Часто под панической атакой они подразумевают сильный приступ страха, поэтому необходимо уметь ограничивать паническое расстройство от фобии. Достоверный диагноз данного заболевания требует соблюдения следующих условий [3]:

А. У человека происходят повторяющиеся панические атаки, которые логически не связаны со специфической ситуацией или объектом

и которые часто возникают спонтанно (эпизоды не могут быть предсказаны). Панические атаки не являются сопутствующим проявлением значительного напряжения или действием опасных для жизни ситуаций;

Б. Паническая атака характеризуется следующими признаками: СОГЛ,

- сопровождается приступом сильной тревоги или беспокойства;
- начинается внезапно;
- достигает максимума и продолжается в течение нескольких минут;
- присутствует хотя бы 4 симптома, причем один должен быть из пункта от 1 до 4:

Симптомы вегетативной активации:

- 1) сердцебиение или ускоренный сердечный ритм;
- 2) потливость;
- 3) дрожь или тремор;
- 4) сухость в горле;

Симптомы, связанные с грудной клеткой или брюшной полостью:

- 5) затруднение дыхания;
- 6) чувство удушья;
- 7) боль или дискомфорт в груди;
- 8) тошнота или дискомфорт в брюшной полости;

Симптомы, связанные с психическим состоянием:

- 9) головокружение, беспокойство, слабость;
- 10) дереализация или деперсонализация;
- 11) страх потери контроля и «сойти с ума», потеря сознания;
- 12) страх смерти;

Общие симптомы:

- 13) холодные или горячие приливы;
- 14) чувство онемения или покалывания.

В. Чаще всего используем положение об исключении. Панические атаки не вызваны физическим расстройством, органическим или другим психическим расстройством, таким как шизофрения или похожие заболевания, расстройством настроения или соматоформным расстройством.

Диапазон проявлений панического расстройства настолько велик, что пятым симптомом можно определить две степени тяжести заболевания – среднюю (хотя бы 4 панические атаки в течение 4 недель) и тяжелую (хотя бы 4 панических атак за неделю в течение 4 недель).

Дифференциальная диагностика. Панические атаки не всегда указывают на паническое

расстройство или на паническое расстройство с агорафобией. Чтобы диагноз не был под сомнением, необходимо исключить соматические расстройства (такие как болезнь Крона, синдром Меньера и др.), интоксикацию или синдром отмены психоактивных веществ, панические атаки при других психических расстройствах (таких как шизофрения, тяжелое депрессивное расстройство и др.) и ряд иных расстройств [1]. Квалифицированно это исключение может сделать только врач-психиатр или психотерапевт.

С точки зрения психотерапии важным является отграничение панического расстройства от генерализованного тревожного расстройства (ГТР), социофобии и изолированной фобии [3]. Рассмотрим этот процесс более подробно.

При ГТР пациент имеет опасения практически по любому вопросу своей жизни, что и отличает его от панического расстройства, при котором спектр страхов чрезвычайно узок. Отделение панического расстройства от фобий опишем на примере: пациент боится ездить в общественном транспорте. Но что именно его пугает? Ответ на этот вопрос позволит нам более точно определить проблему и, соответственно, протокол для ее краткосрочной терапии. В данном случае могут быть следующие расстройства: паническое (страх повторного приступа в общественном транспорте, как уже бывало ранее), социофобия (страх пристального внимания со стороны других людей) и клаустрофобия (страх оказаться в замкнутом пространстве). При всех трех будет наблюдаться избегание, но в случае панического расстройства оно будет связано именно со страхом панического приступа и, следовательно, смерти или потери контроля, в то время как при фобиях это опасения другого рода; кроме того, социофобия и клаустрофобия будут проявляться и в других ситуациях схожим образом.

Поэтому, дифференцируя паническое расстройство от других тревожных нозологий, так важно узнать, чего именно он избегает – панических приступов и их предполагаемых последствий или чего-то еще.

Течение заболевания. Как правило, заболевание начинается в возрасте 15–24 лет либо в возрасте 45–54 лет [3]. В подавляющем большинстве случаев паническое расстройство возникает у лиц, уже имеющих «диагноз» вегето-сосудистая дистония (ВСД). Первый приступ паники, как правило, связан с относительно безобидными

и объективными ситуациями – человек может переест или страдать от изменения атмосферного давления, что и вызовет у него легкое недомогание, например боли в груди или головокружение. Поначалу такие «пробники» панических атак не досаждают клиенту сильно, однако затем они действительно поглощают его. Родственники не всегда бывают в курсе проблемы такого рода и лишь удивляются внезапным переменам в состоянии их близкого. Частота приступов может колебаться от редких (несколько раз в год), до очень частых (несколько раз в день); в среднем панические атаки происходят с частотой от нескольких раз в месяц до нескольких раз в неделю.

Развитие этого заболевания описано американским когнитивно-поведенческим терапевтом Робертом Лихи в «Своде правил панического расстройства и агорафобии» [6]:

- фокусируйтесь на любых ощущениях, которые не кажутся вам «нормальными»;
- считайте, что эти ощущения – предвестники надвигающейся катастрофы;
- предвосхищайте любые ситуации, в которых эти ощущения могут возникнуть;
- по возможности, избегайте этих ситуаций;
- если их нельзя избежать, делайте что-то, что позволит вам чувствовать себя в большей безопасности;
- если вы выживете, помните, что вам это удалось только благодаря охранительному поведению.

Прогноз. Примерно 50 % больных с паническим расстройством выздоравливают, у 20 % – никаких изменений не происходит [1]. Лучший прогноз имеют больные с хорошим преморбидом и с более короткой продолжительностью болезненных проявлений.

Теории панического расстройства. В настоящее время существует несколько теорий, объясняющих происхождение панического расстройства. К таковым можно отнести биологическую, поведенческую, когнитивную, информационно-нейрофизиологическую и стратегическую концепции.

Биологическая теория. Данная теория была создана после того, как исследователи обратили внимание на эффективность антидепрессантов при лечении панического расстройства [3]. Было установлено, что они изменяют активность норэпинефрина – нейромедиатора, в особо больших количествах содержащегося в голубоватом пятне.

Когда эту область мозга стимулировали у обезьян, то было обнаружено, что у них возникают реакции, схожие с приступами паники. Исходя из этого был сделан вывод, что ненормальная активность норэпинефрина вызывает приступы паники. Но остается неясным, что именно не так с данным нейромедиатором у больных с паническим расстройством – его излишняя или недостаточная активность? [5].

Поведенческая теория. Данная теория была создана в русле бихевиоризма и рассматривает паническое расстройство как особый тип реагирования, выученный в семье (социальное обусловливание) или вне ее (классическое обусловливание). Основой данной концепции является теория высшей нервной деятельности, предложенная И. П. Павловым [7]. Паническая атака запускается определенным триггером или набором триггеров, таких как учащенное сердцебиение или головокружение.

Когнитивная теория. Эта теория базируется на более общей когнитивной теории психотерапии и связывает паническое расстройство с восприятием себя и различных жизненных ситуаций [8]. Согласно взглядам ее сторонников, люди с тревожными расстройствами обладают очень высокой чувствительностью к телесным ощущениям и неверно их интерпретируют, преувеличивая исходящую от них потенциальную опасность. В случае панического расстройства эта интерпретация становится катастрофической и пациент действительно воспринимает происходящее с ним как преддверие смерти или сумасшествия. Он уверен, что его витальные системы (кардиоваскулярная, респираторная, центральная нервная) потерпят крах [9]. Когнитивная модель панического расстройства включает в себя следующие компоненты [3]: изменения в жизни или стрессовые события; развитие стрессовой реакции – физические симптомы стресса; взаимовлияющие друг на друга мысли, эмоции (тревога, страх, паника), поведение (поиск помощи, избегание одиночества, повторные обследования) и физические реакции (сердцебиение, гипервентиляция, покалывания в конечностях, одышка, тремор и др.); последствия (ожидание тревог, избегающее поведение, селективная направленность внимания на физические симптомы, межличностные последствия).

Информационно-нейрофизиологическая теория. Эта теория была предложена в рамках метода

Десенсибилизации и переработки движениями глаз [10]. Ф. Шапиро объясняет паническое расстройство неспособностью головного мозга переработать первый панический (вернее, предпанический, «пробный») приступ. Каждый раз, когда человек оказывается вновь в ситуации, похожей на ту, первую, в его мозгу активизируются те же самые нейронные сети, которые были активны тогда. И эта информация, «застывшая» в нейронах, с каждой панической атакой укореняется там все глубже и продуцирует приступы все чаще и сильнее [11].

Стратегическая теория. Данная теория была предложена в рамках краткосрочной стратегической терапии [12]. В этой концепции клиент пытается справиться с паническими приступами самостоятельно, что и приводит к развитию расстройства. Как указывает Дж. Нардонэ, именно эти предпринятые попытки решения (ППР) и создают проблему, вместо того чтобы помочь с ней справиться [13]. Он указывает, что для панического расстройства характерны следующие ППР: контроль физиологических реакций, избегание и помощь близких [14].

Контроль физиологических реакций – это попытка человека контролировать те внутренние процессы в своем организме, которые контролю обычно не поддаются. К таковым можно отнести, например, частоту сердечных сокращений и кровяное давление. Попытки контролировать эти процессы, а именно усилия по снижению их активности, приводят в подавляющем большинстве случаев к обратному результату.

Избегание – это поведенческая стратегия, используемая человеком с паническим расстройством или фобией с целью минимизировать контакт с объектом своего страха. Хотя в различных психиатрических руководствах много говорится о «непредсказуемости» панических атак, тем не менее зачастую у больных в одних местах или ситуациях они происходят чаще, чем в других. Будучи животным, человек автоматически начинает избегать этих мест и/или ситуаций. Однако этим он себе демонстрирует лишь то, что не может справиться со своим страхом. И чем более выраженным является его избегание, тем сильнее закрепляется фобия и тем с большей вероятностью у него произойдет приступ паники, когда он вновь столкнется с объектом страха. Фактически, эта предпринятая попытка решения является тактическим выигрышем при стратегическом

проигрыше, так как больной получает временное облегчение своего состояния и одновременно укрепляет паническое расстройство, вместо того чтобы справиться с ним.

Помощь близких – это тоже предпринимаемая попытка решения, но не самостоятельная, в чистом виде, как в случае контроля физиологических реакций или избегания, а включающая в себя действия других лиц. Как правило, этими лицами являются родственники или друзья, которые хотят помочь близкому человеку. Эта помощь может быть двух видов: обсуждение проблемы и активные действия.

Обсуждение проблемы заключается в ведении разговоров о ней. В случае панического расстройства это частые беседы о том, как, где и когда у пациента произошел тот или иной приступ паники, как клиент с ним справился и т. п. Иногда больной сам является инициатором такого разговора, иногда его «запускают» близкие. Активные действия близких заключаются в оказании действительной помощи пациенту с целью недопущения у него повторений приступов паники.

Модели краткосрочной психотерапии панического расстройства. Далее нами будут рассмотрены три основные модели краткосрочной психотерапии панического расстройства – поведенческая, стратегическая и нейрофизиологическая.

Поведенческая модель. Данная модель основана на методе экспозиции, возникшем в русле поведенческой традиции [15]. Суть его заключается в том, что больной постепенно сталкивается с ситуациями, вызывающими у него панические атаки, что приводит к повышению порога чувствительности к ним. Основным терапевтическим механизмом в данной модели является механизм десенсибилизации [3]. Лучше всего она работает в случае панического расстройства, характеризующегося вторичными, то есть связанными с определенными ситуациями или местами, приступами паники, так как лишь в этом случае возможно провести адекватное ранжирование этапов экспозиции.

Работа в рамках данной модели начинается с определения ситуаций, вызывающих панические атаки. Как говорилось выше, они должны быть конкретными: поездки в метро, пребывание в людном месте и т. п. Далее необходимо провести ранжирование этапов экспозиции – составление пошаговой последовательности погружения

клиента в пугающую его ситуацию. Затем следует поэтапная экспозиция – постепенная конфронтация больного с все более вызывающими страх стимулами; при этом переход к следующему этапу экспозиции следует делать лишь после полного исчезновения страха на нынешнем шаге. Третий этап подходит к концу тогда, когда у пациента полностью проходят панические атаки в той ситуации, в которой они ранее случались. Завершается работа в рамках данной модели оценкой состояния клиента и сопоставлением его с диагнозом «паническое расстройство». Проблема считается решенной в том случае, если симптомы, необходимые для постановки диагноза «паническое расстройство», отсутствуют.

Стратегическая модель. Данная модель основана на методе краткосрочной стратегической психотерапии, предложенном Дж. Нардонэ [13]. Согласно ему терапия панического расстройства заключается в блокировании предпринятых попыток решения (ППР): контроля физиологических реакций, избегания и помощи близких (в виде обсуждения проблемы и действий) [14]. Основными терапевтическими механизмами в данной модели являются смещение фокуса внимания клиента, изменение паттернов коммуникации с окружением и десенсибилизация [12]. Данный подход одинаково хорошо работает как со спонтанными, так и вторичными паническими атаками.

В краткосрочной стратегической психотерапии не принято давать клиенту более трех предписаний до следующей сессии. Первая часть работы в рамках данной модели начинается с дачи парадоксального предписания «как ухудшить?» с целью выявления не обнаруженных ранее ППР; также данное задание используется для демонстрации клиенту неэффективности используемых им предпринятых попыток решения и для подготовки его к дальнейшему вмешательству. Одновременно с заданием «как ухудшить» клиенту дается предписание «обет молчания» – запрет на обсуждение своей проблемы с близкими; если он на следующей сессии заявляет, что по какой-либо причине не мог этого сделать, то ему дается парадоксальное задание «вечерняя конференция». Основной эффект от этих предписаний – отказ клиента и его близких от обсуждения панического расстройства. Главным заданием, также даваемым на первой сессии, является «вахтенный журнал» – особая таблица, заполнение которой приводит

сначала к купированию панических приступов, а затем – и к их исчезновению. Если ближайшее социальное окружение клиента действительно вовлечено в поддержание его расстройства, то необходимо исключить их из этого при помощи предписаний «страх помощи» или «испытание для близких».

Вторая часть работы начинается в тот момент, когда у клиента полностью проходят панические атаки. Как правило, его поведение характеризуется избеганием, даже если приступы случаются в разных местах. Для блокирования этой ППР используется предписание «фантазия страха». В ее третьей фазе, то есть когда она уже используется как инструмент, дается сначала задание «шкалирование», а затем – «как если бы». Завершается работа по протоколу оценкой состояния клиента и сопоставлением его с диагнозом «паническое расстройство». Проблема считается решенной, в случае если симптомы, необходимые для постановки диагноза «паническое расстройство», отсутствуют. Далее предпринимаются действия, связанные с профилактикой рецидива и отсроченным наблюдением.

Нейрофизиологическая модель. Данная модель основана на методе десенсибилизации и переработки движениями глаз [10], который некоторые специалисты считают разновидностью гипноза [16]. Согласно ей терапия панического расстройства заключается в переработке вызывающих тревогу воспоминаний, связанных с опытом переживания панических атак [11]. Основным терапевтическим механизмом в данной модели является целенаправленная и форсированная трансформация негативного травматического опыта в нейтральный. подход одинаково хорошо работает как со спонтанными, так и вторичными паническими атаками.

Данная модель по своей структуре соответствует стандартной модели ДПДГ, но имеет свои особенности. Работа начинается с изучения истории клиента, позволяющей выявить события-мишени для дальнейшей работы; эти травматичные воспоминания затем наносятся на линию времени. Далее необходимо провести подготовку клиента к основным процедурам протокола, объяснив ему суть метода ДПДГ. За этим следует этап оценки, включающий в себя выбор мишени с линии времени, оценку степени беспокойства при вспоминании данного события, определение негативного и позитивного самопредставлений,

касающихся этой мишени, и локализацию ощущений в теле. Затем наступает фаза десенсибилизации. Она включает в себя переработку негативных переживаний, связанных с паническими атаками в прошлом при помощи билатеральной стимуляции. После того как уровень беспокойства при вспоминании мишени, с которой ведется работа, становится равен 0 баллам, следует перейти к этапу инсталляции – установки позитивного самопредставления до уровня его соответствия травматичному событию, равному 7 баллам. Шестой этап включает в себя сканирование тела на предмет остаточных неприятных ощущений (если речь идет о работе с конкретным событием из прошлого) и определение того, следует ли прорабатывать иные мишени с линии времени или они проработались сами в процессе десенсибилизации (если речь идет о терапии по данному протоколу в целом). Переходить к следующему этапу можно лишь тогда, когда уровень беспокойства при вспоминании всех событий с линии времени равен 0 баллам. Далее следует формирование образа будущего, заключающееся в его инсталляции и экспозиции вживую в ситуациях, ранее вызывавших приступы паники. Экспозиция здесь является, по сути, тестом на определение успешности терапии. Завершается работа по протоколу оценкой состояния клиента и сопоставлением его с диагнозом «паническое расстройство», а также обсуждением произошедших с пациентом изменений. Проблема считается решенной, в случае если симптомы, необходимые для постановки диагноза «паническое расстройство», отсутствуют.

ВЫВОДЫ. Паническое расстройство является распространенным заболеванием, необходимость лечения которого не вызывает сомнений. Современная психотерапия, характеризующаяся тенденцией к сокращению времени, отведенного на вмешательство, предлагает три модели краткосрочной коррекции этого заболевания – поведенческую, стратегическую и нейрофизиологическую. Все они обладают доказанной эффективностью, причем именно в долгосрочной перспективе. Вторая тенденция, характерная для современной психологии и психотерапии, заключается в постепенной интеграции ее методов. Выбор подхода для лечения, таким образом, определяется личностными характеристиками пациента, особенностями панического расстройства в конкретном случае и предпочтениями специалиста.

Ссылки

1. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия: в 2 т. М.: Медицина, 1994. Т. 1. 672 с.
2. Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. 640 с.
3. Холмогорова А. Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2011. 480 с.
4. Когнитивно-бихевиоральная терапия психических расстройств / Я. Прашко, П. Можны, М. Шлепецки [и др.]. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2015. 1072 с.
5. Карвасарский Б. Д. Неврозы: (руководство для врачей). М.: Медицина, 1980. 448 с.
6. Лихи Р. Свобода от тревоги. Справься с тревогой, пока она не расправилась с тобой. СПб.: Питер, 2017. 368 с.
7. Павлов И. П. Лекции о работе больших полушарий головного мозга. М.: Изд-во «Э», 2017. 480 с.
8. Бек Дж. Когнитивная терапия: полное руководство. М.: И. Д. Вильямс, 2017. 400 с.
9. Александров А. А. Современная психотерапия: Курс лекций. СПб.: Академический проект, 1997. 335 с.
10. Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз. М.: Класс, 1998. 496 с.
11. Luber M. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) therapy scripted protocols and summary sheets. Treating anxiety, obsessive-compulsive, and mood-related conditions. NY.: Springer Publishing Company, 2016. 439 с.
12. Nardone G., Portelli C. Knowing through changing: The evolution of Brief strategic therapy. Carmarthen: Crown House Publishing, 2005. 203 с.
13. Нардонэ Дж., Вацлавик П. Искусство быстрых изменений: Краткосрочная стратегическая терапия. М.: Институт психотерапии, 2006. 192 с.
14. Нардонэ Дж. Страх, паника, фобия: Краткосрочная терапия. М.: Психотерапия, 2008. 352 с.
15. Прохазка Дж., Норкросс Дж. Системы психотерапии: пособие для специалистов в области психотерапии и психологии. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2005. 384 с.
16. Козлов В. В., Власов Н. А. Психология внушения и внушаемости. М.: МАПН, Институт консультирования и системных решений, 2018. 276 с.