

КОМПЛЕКСНАЯ КОГНИТИВНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ С ПРИСТУПАМИ ПАНИКИ. МЕТОДИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ. СООБЩЕНИЕ 1

Р. Д. Тукаев, О. П. Зуева, А. Н. Кузнецов, В. В. Кузнецов, К. А. Срывкова

*ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России,
Российская медицинская академия последипломного образования*

В настоящее время тревожные расстройства признаны самой частой категорией психических расстройств, встречаясь в популяции в 3,7–5,1% случаев [31, 32, 35, 36, 40]. Частота панического расстройства оценена в пределах 4,7% [35, 36].

Актуальность терапии тревожных расстройств определяется их распространенностью, дезадаптивностью и высокой коморбидностью: 1) с психическими заболеваниями (личностными [28, 47], аффективными [31, 35, 38], бредовыми расстройствами [23]) и 2) соматическими заболеваниями [17, 19, 42].

Большинство исследований в области терапии тревожных расстройств посвящено психофармакотерапии [38]: антидепрессантами [33, 39], анксиолитиками [44], высокопотентными транквилизаторами [39]. Частота рецидивов после завершения 6-месячного курса антидепрессивной терапии превышает 50% [24, 43].

Из методов психотерапии тревожных расстройств с приступами паники (ПП) признаны результативными: когнитивно-поведенческая психотерапия (КБТ) [29, 46], поведенческая – терапия подврганием и терапия предотвращения тревожного ответа [20]. Так, G. Foldes-Busque и соавт. [26], при обобщении данных исследований за 20 лет пришли к заключению о том, что терапией выбора для панического расстройства с или без агорафобии является КБТ. Результаты ряда сравнительных исследований эффективности КБТ и фармакотерапии [18, 22, 37] показывают, что для пациентов с паническим расстройством применение отдельно КБТ может быть более эффективно, чем комбинация психотерапии и фармакотерапии, и что присоединение фармакотерапии к психотерапии может ухудшить результаты КБТ. Имеются и компромиссные данные [29, 49], согласно которым психотерапия наравне с комбинацией психотерапии и фармакотерапии являются терапией

первого выбора при паническом расстройстве с или без агорафобии.

Отмечена высокая эффективность комплекса когнитивно-ориентированной психотерапии с гипнотерапией в терапии панических приступов, превосходящая по эффективности фармакотерапию [4]. Нами ранее получены данные о наличии у гипнотерапии выраженных механизмов биологической, эустрессовой природы, проявляющихся в клиническом формате психотерапии вегето-стабилизирующим и противотревожным действиями [10–13].

Клиника тревожных расстройств невротического спектра в практике психотерапевта

В России не проводилось широких клинико-эпидемиологических исследований тревожных расстройств с приступами паники (ПП). Поэтому, при описании клинической картины тревожных расстройств с пароксизмальной тревогой следует исходить из критериев МКБ-10 [9], с опорой на отдельные отечественные исследования [1, 2, 4–6, 8] и опыт собственных практических наблюдений, которые выявляют некоторые типичные особенности.

1. Тревожные расстройства с ПП характеризуются большим разнообразием клиники тревожно-фобических проявлений, чем это предполагается в МКБ-10 и DSM-IV [7, 25]. Так, агорафобический синдромокомплекс сочетается с фобией метро (70–80% случаев), самолета (50–60%), лифта (20–30%), различных видов наземного транспорта (30–50%), подземных сооружений (50–60%). Следуя МКБ-10, нужно диагностировать коморбидные агорафобию и специфические фобии, развивающиеся, однако, слитно и неразрывно. В 20–30% случаев фобический синдромокомплекс при социальной фобии органично дополняется признаками специфических фобий и агорафобии. Собственно паническое расстройство встречается

редко, тогда как повторяющиеся ПП, вокруг которых выстраивается клиническая картина тревожно-фобического расстройства, – в преобладающем большинстве случаев.

2. Существенное влияние на развитие тревожных расстройств с ПП оказывает общее стрессорное воздействие среды (комплекса социальных и экологических факторов). Негативное стрессорное средовое воздействие усиливается в крупных городах и мегаполисах.

3. В большинстве случаев тревожных расстройств с ПП (более чем в 95%) присутствует каузальность в развитии заболевания. Каузальность понимается нами не как выявление конкретной причины каждого ПП, а связывается с комплексной, системной причинностью в: а) возникновении тревожного расстройства; б) поддержании и, следовательно, развитии тревожного расстройства; в) закономерном синдромогенезе. Каузальность в развитии тревожного расстройства проявляется в трех основных вариантах: I – психогенном (стрессорном, конфликтогенном, травматическом), 60–70% случаев; II – в связи с систематическим употреблением алкоголя, гашиша (марихуаны), кокаина, иных ПАВ – изолированно и в различных сочетаниях, 10–20% случаев; III – комбинированном, при сочетании психогенной ситуации с употреблением наркотических средств, 10–20%. Особенностью психогенной ситуации, инициирующей развитие тревожных расстройств с ПП, является формирование либо высокоинтенсивного, либо длительного умеренного психического напряжения, в различной степени осознаваемого будущим пациентом. Провоцирующим началом заболевания пусковым фактором может служить как дополнительное психическое напряжение, так и воздействие различных ПАВ, а также астенизирующий эпизод соматического неблагополучия. Достаточно характерно развитие тревожных расстройств с ПП в случаях, когда после длительного истощающего напряжения, в связи с разрешением исходно напрягающей ситуации, приходит успокоение, на фоне которого и дебютирует заболевание.

4. Во всех случаях тревожного расстройства с ПП начало заболевания связывается пациентами с выраженным приступом пароксизмальной тревоги – приступа паники, происходящего: а) в покое, б) во второй половине суток (вечером, ночью), а также в) во время активной деятельности в напрягающей человека ситуации. Пациенты склонны описывать такую развернутую ПП как первую, однако более чем в 80% случаев детальный катамнестический респрос выявляет наличие 2–3, иногда – более, стертых, слабых тревожных приступов. Первые стертые ПП характеризуются преобладанием вегетативных симптомов пароксизмальной тревоги (усиление и учащение сердцебиения, потливость, сухость во рту, чувство нехватки воздуха при дыхании, озноб), но без развития выраженных психических расстройств. Поэтому они редко выделяются

пациентами. Точкой отсчета, качественно меняющей мироощущение, с которой связывается начало заболевания, служит развернутый ПП, в котором впервые возникает предельно яркое, непереносимое, травматическое по сути, ощущение происходящего «умирания» либо острого сумасшествия («схожу с ума»), либо – потери контроля над собой в целом. После развернутого, субъективно крайне тяжело перенесенного, ПП следует (с индивидуальной периодичностью) еще несколько сопоставимых с ним по интенсивности ПП. Далее интенсивность и длительность ПП снижаются, а частота нередко возрастает. В настоящее время судить о спонтанной клинике и динамике заболевания на начальном этапе сложно, поскольку уже в момент развернутого ПП либо непосредственно после него происходит обращение за медицинской помощью и назначается различная седативная, гипотензивная и иная терапия, смягчающая и, одновременно, смазывающая развитие клинической картины заболевания. Таким образом, переживание индивидом первых развернутых ПП является вторичным психогенным фактором в развитии тревожного расстройства невротического спектра.

5. Повторяющиеся ПП неизбежно ведут к появлению тревожного ожидания будущих ПП и развивающегося по механизмам реакции ограничительного поведения, направленного на исключение, предотвращение, ослабление (контроль ПП). Характерной особенностью ограничительного поведения является его иррациональность, поскольку оно строится на избегании обстоятельств и ситуаций, не имеющих причинных связей с ПП, но послуживших фоном их развития. Поскольку ПП могут происходить в различной обстановке, ситуационный диапазон ограничительного поведения, как правило, быстро и значительно расширяется. Как ситуации, обуславливающие ограничительное поведение, так и ситуации, в которых невозможна реализация желательного ограничительного поведения, стимулируют генерацию и фиксацию тревоги ожидания ПП.

6. Ограничительное поведение при ПП, накладываясь на определенную личностную predisposition, формирует различные типы фобий. В случаях исходной сенситивности, повышенной личностной потребности вовлеченности в близкие отношения со значимыми людьми ограничительное поведение проявляется агорафобией с триггерными для нее ситуациями одиночества – изолированности от близких и отчужденности (например, в толпе). При наличии исходных незначительных затруднений во внешних социальных контактах ограничительное поведение вследствие ПП проявится социофобией. Специфические фобии с высокой вероятностью будут развиваться при наложении ПП либо тревожного ожидания ПП на определенные нейтрально-или негативно-стрессорирующие ситуации (лифт, самолет, эскалатор, фуникулер и т.д.). Характерно, что, несмотря на личностную predisposition, при

позитивном отношении к стрессорирующим и потенциально опасным ситуациям и видам деятельности фобии развиваться не будут. (Например, вождение автомобиля не вызовет фобию, несмотря на сформированные фобии метро, наземного общественного транспорта, самолета).

7. При достаточной длительности тревожного расстройства с ПП (месяцы, годы), а также при исходной готовности к депрессивному личностно-реагированию, его клиника будет включать депрессивную симптоматику различной степени выраженности [5, 6, 8]. Развитие депрессивной симптоматики при тревожных расстройствах с ПП будет определяться этапностью в развитии собственно тревожного расстройства либо основываться на личностной предрасположенности.

Таким образом, на основе литературных данных [4–6], собственного клинического опыта в психотерапии тревожных расстройств с ПП мы рассматриваем их в рамках единого динамического континуума, характеризующегося общей схемой и фазностью развертывания заболевания. Первая фаза является фазой формирования вегетативно-тревожных пароксизмов нарастающей интенсивности под влиянием стрессорных факторов средовой, токсической, психогенной природы. Вегетативно-тревожные пароксизмы единичны, их клиника преходяща, у индивида отсутствует четкое представление о наличии у него болезненного расстройства. Психический компонент пароксизма выражен слабее вегетативного и не осознается как собственно тревога. В части случаев первая фаза в явном виде отсутствует, и заболевание сразу начинается со второй фазы, с массивных тревожно-вегетативных пароксизмов. Вторая фаза представлена максимально интенсивными тревожно-вегетативными пароксизмами – развернутыми ПП, качественно трансформирующими самоощущение и самовосприятие индивида. Восприятие жизни пациентом после перенесения развернутого ПП четко разделяется на жизнь до ПП и болезненное существование после пережитого ПП. Как правило, развернутый ПП воспринимается как самое тяжелое либо как одно из самых тяжелых, пограничных переживаний пациента, на грани жизни и смерти, сумасшествия, утраты контроля над своим состоянием и поведением. Третья фаза – фаза ограничительного поведения с целью предотвращения продолжающихся ПП, с развитием при соответствующей предрасположенности личностных реакций и расстройств (преимущественно фобических). В четвертую фазу происходит дополнение пароксизмальных и фоновых тревожно-вегетативных расстройств депрессивными расстройствами.

Учет фазности развития тревожных расстройств с ПП клинически важен. Пациенту проще понять и преодолеть различные проявления единого невротического расстройства, нежели противостоять сонму разрозненных коморбидных расстройств.

Комплексная методика когнитивно-ориентированной психотерапии тревожных расстройств с паническими приступами.

Базовые принципы психотерапии тревожных расстройств с ПП

Мы считаем необходимыми в психотерапии тревожных расстройств с ПП два базовых и реализуемых параллельно-последовательно компонента: 1) психообразовательный; 2) когнитивно-каузально-ориентированный.

Психообразовательный компонент при психотерапии тревожных расстройств с ПП

Психообразовательный компонент высокозначим в силу 2-х причин: 1) наличия у индивидуума при обращении за медицинской помощью при тревожном расстройстве с ПП исходных представлений о своем заболевании, его природе, прогнозе и т.д. на основе модели болезни и терапии, являющейся феноменом культуральной природы; 2) наличия у индивидуума, обращающегося за помощью к психотерапевту, предшествующего опыта получения медицинской помощи (диагностики и терапии) у врачей иных специальностей (терапевта, кардиолога, эндокринолога, невролога) и сформировавшихся на основе данного опыта мнений, убеждений.

Модель болезни и терапии. Модель болезни и терапии (МБТ) является феноменом массового сознания, культуры [11, 13] и представляет собой исторически сформированную совокупность мнений, суждений, представлений, верований о болезнях и их лечении. МБТ индивида культурально обусловлена и опирается на его болезненный и терапевтический опыт. МБТ может не осознаваться, но решающим образом влияет на оценку индивидуумом процесса и результатов медицинской помощи, соотносимых с его исходной МБТ в двух базовых вариантах: 1) принятия медицинской помощи при ее соответствии МБТ с удовлетворенностью ею; 2) отвержения медицинской помощи, с неудовлетворенностью при ее расхождении с МБТ. Для психотерапии нами признано значение стыковочного сценария психотерапии [11, 13], построенного на учете исходной МБТ пациента и смыслового связывания проводимой психотерапии с МБТ, для снятия ограничений и противоречий МБТ и применяемой психотерапии.

Принципиальной особенностью российской МБТ является то, что три составляющих жизни человека: телесная, психическая, духовная представлены в ней неравнозначно. Сфера психического в российской МБТ сильно ассоциирована с психической патологией, поэтому слова с корнем «псих»: психиатр, психолог, психотерапевт окрашены для большинства населения скорее негативно, патологически. В итоге редуцируется сама сфера психического, поскольку психическое – патология. Пациенты мотивированы преимущественно на диагностику и терапию соматических расстройств.

Важную роль играет история оказания медицинской помощи пациенту до его обращения к психотерапевту. В большинстве случаев первое обращение за медицинской помощью происходит при развернутом ПП, когда к пациенту вызывается «Скорая», выявляются и симптоматически корригируются сомато-вегетативные проявления пароксизмальной тревоги. Дальнейшая диагностика и терапия осуществляются в областях кардиологии, эндокринологии. Идея тревожного расстройства актуализируется при неудовлетворительных результатах терапии либо при выраженности психического компонента тревоги, после чего пациента направляют к неврологу. Невролог самостоятельно проводит терапию, и лишь в связи с ее неэффективностью пациент направляется к психиатру. До психотерапевта доходит меньшая часть пациентов с тревожными расстройствами с ПП. Несмотря на неудовлетворенность предшествующей терапией, пациенты склонны оценивать свое заболевание как преимущественно соматическое, тяжелое, плохо поддающееся лечению.

Структура психообразовательного компонента психотерапии. Психообразовательный компонент при психотерапии тревожных расстройств с ПП высокозначим и должен включать следующее. 1) Усвоение пациентом представлений о тревоге как о нормальной, необходимой и закономерной мобилизационной реакции психики и организма, требующейся для преодоления или избегания ситуации опасности. 2) Формирование у пациента представления о закономерном, фазном развитии тревожного расстройства с ПП в силу: а) «раскачки» реакции тревоги комплексом психогенных, социально-средовых, биологических факторов; б) реализации травматического, развернутого панического приступа; в) реактивного ограничительного поведения (с тревожным ожиданием приступа, личностно обусловленными фобиями); г) закономерности появления депрессии как реакции на длительное физиологическое и психологическое напряжение. 3) Формирование у пациента представления о возможности купирования тревожного расстройства с ПП вследствие: а) разрешения имеющихся психогенных проблем; б) исключения интоксикационных механизмов (при их наличии); в) копинга фобического компонента (при его наличии); г) общего повышения адаптационных ресурсов организма и психики за счет рационализации образа жизни; д) нормализации вегетативного регулирования за счет психотерапии либо комплекса психотерапии и психофармакотерапии.

Выбор способа реализации психообразовательного компонента психотерапии тревожных расстройств с ПП зависит от ее формы: групповой или индивидуальной. При групповой психотерапии в закрытой группе психообразовательный компонент должен быть проработан и усвоен пациентами на отдельном занятии.

Когнитивно-каузально-ориентированный компонент психотерапии тревожных расстройств с ПП

Психотерапия тревожного расстройства с ПП становится результативной только в том случае, когда пациент в ходе психотерапии обретает способность: а) понимать и б) на основе понимания – лучше контролировать свое состояние и поведение. Когнитивно-каузально-ориентированный компонент психотерапии должен: 1) решать задачу индивидуализации внедренной на психообразовательном уровне схемы развития тревожного расстройства с ПП; 2) решать задачу нормализации травматического опыта пациента в переживании ПП (при наличии такового); 3) стимулировать копинг пациентом ситуационных пусковых компонентов ПП; 4) стимулировать копинг пациентом ограничительного поведения и имеющихся фобий и улучшение вегетативного регулирования; 5) стимулировать формирование и поддержание здорового образа жизни с повышением адаптационного потенциала; б) стимулировать овладение пациентом самостоятельного навыка понимания и копинга возникающих проблемных ситуаций; 7) стимулировать формирование и развитие навыков позитивного мышления и мировосприятия.

Решение первой задачи – индивидуализации внедренной на психообразовательном уровне схемы развития тревожного расстройства с ПП с ее наполнением конкретным, личностно значимым, раскрывающим причинно-следственные связи в развитии и поддержании болезненного состояния производится в начале психотерапии совместно с овладением пациентом психообразовательного компонента. Остальные задачи параллельно-последовательно решаются в ходе дальнейшей психотерапии.

Нормализация имеющегося травматического опыта пациента в переживании ПП решается на основе выработанного нами подхода к психотерапии острых и хронических стрессовых расстройств [9, 11, 13, 14]. Психическая травма обусловлена событиями, выходящими для индивида за пределы его шкалы жизненной нормы. Поэтому одной из задач психотерапии психической травмы, в нашем подходе, является изменение оценки индивидом травматических событий и обстоятельств, с включением произошедшего в шкалу жизненной нормы индивида.

В тех случаях, когда само переживание развернутой ПП с ощущением умирания, схождения с ума, потери контроля оценивается пациентом как чрезвычайное (в плане витальной, социальной опасности), оно должно расцениваться психотерапевтом как, безусловно, травматическое. Прием нормализации данного переживания преследует цель изменения его оценки пациентом, с отнесением собственных ПП к разряду пусть неприятных, болезненных состояний, но не связанных с фатальными угрозами жизни, здоровью. Нормализация травматического переживания ПП строится нами на усво-

ении пациентом: идеи банальности, распространенности, а не уникальности его ПП и заболевания в целом; отсутствии фатального риска для жизни и психического здоровья при перенесении ПП; выявлении и осознании причинной обусловленности заболевания у данного пациента.

Стимулирование пациентом копинга ситуационных пусковых компонентов ПП представляет комплексную задачу. Ее решение предполагает: 1) выявление и 2) выключение ситуационных триггеров ПП за счет тренинга их копинга (в том числе и в гипнотерапии). Ситуационные триггеры выявляются нахождением и осознанием пациентом типичных, повторяющихся ситуаций развития ПП, связыванием триггерных ситуаций с отношением пациента к таким ситуациям. Чрезвычайно важно усвоение пациентом идеи об отсутствии прямой связи триггерной ситуации и ПП, опосредовании его: а) исходным негативным отношением к субъектам и/или объектам ситуации (в контексте психогенной обусловленности); б) случайным наложением аутохтонного психо-вегетативного приступа на конкретную ситуацию, становящуюся триггерной по механизмам обуславливания; сочетанием обеих вариантов формирования триггерной ситуации. Выключение ситуационных триггеров строится на: а) выработке навыка ситуативного осознания их опосредованной природы; б) переключении на актуальную текущую деятельность; в) формировании и усвоении (тренировкой) навыка успешного прохождения через ранее триггерные ситуации; г) изменении отношения пациента к обусловившим формирование триггеров психогенным факторам. Значимо также моделирование успешного копинга триггерных ситуаций в процессе гипнотерапии.

Следующей задачей является стимулирование копинга пациентом ограничительного поведения и имеющихся фобий. Фобии, при их наличии, доминируют в понимании пациентами и их окружением характера болезненного расстройства. Психотерапевту важно понимать, что фобии есть следствие ограничительного поведения, личностно организованного. Ограничительное поведение образует замкнутый самоподдерживающийся цикл, поскольку: 1) порождено переживанием ПП и выстраивается с целью избежать ПП; 2) организует мышление и поведение так, чтобы не допустить соприкосновения пациента с триггерными ситуациями; 3) реализуется по законам магического мышления [15]; 4) требует постоянного уровня внутреннего напряжения, фоновой тревожности; 5) парадоксальным образом лишь расширяет перечень ситуационных триггеров, в итоге – стабилизируя и развивая себя. Ограничительное поведение при тревожных расстройствах с ПП присутствует всегда, тогда как фобии (в формате агора-, социо-, специфических фобий) проявляются более ограниченно, при наличии личностной predisпозиции. Поскольку ограничительное поведение запускается реализованными

ми ситуационными триггерами, его копинг исходным условием предполагает выключение ситуационных триггеров (описанное выше) с последующими: а) моделированием копинга ограничительного поведения когнитивно-поведенческими методами (в том числе и в гипнотерапии) и б) тренировкой и закреплением навыков успешного копинга ограничительного поведения в жизни. Успешный копинг фобий предполагает комплексную проработку ограничительного поведения в целом. Копинг собственно фобий выстраивается на основе: 1) рационализации фобических проявлений связыванием их с личностным преморбидом, помещением в рамки ограничительного поведения, связыванием с ситуационными триггерами; комплексного моделирования копинга ограничительного поведения, ситуационных триггеров, собственно фобий (в том числе и в гипнотерапии); копинга ограничительного поведения, ситуационных триггеров, собственно фобий в жизни. Успешное выключение ситуационных триггеров, копинг ограничительного поведения и фобий (при их наличии) способствуют снижению фонового напряжения и тревожности пациента и улучшению общего вегетативного регулирования.

Формирование и поддержание здорового образа жизни с повышением адаптационного потенциала и нормализацией вегетативного регулирования предполагает: 1) исключение употребления всех психоактивных веществ (ПАВ), включая алкоголь; 2) оптимизацию питания и двигательной активности (с коррекцией веса при необходимости); 3) коррекцию режимов сна, труда и отдыха. Данные действия способствуют расширению диапазона стрессоустойчивости и нормализации вегетативного регулирования.

Стимулирование овладения пациентом самостоятельного навыка понимания и копинга возникающих проблемных ситуаций является важной профилактически направленной задачей. Поскольку тревожное расстройство развивается в силу причин, которые могут заново воспроизводиться, и после успешного завершения терапии пациент может вернуться в болезненное состояние. Важно, чтобы заболевание понималось пациентом как закономерный итог действия комплекса личностно обусловленных и опосредованных факторов. Это позволит пациенту, реализуя тренинг копинга болезненного расстройства, построить его превентивно, модифицируя будущее поведение профилактическим образом, закрепляя новые, здоровые стереотипы и ритуалы.

Стимулирование формирования и развитие навыков позитивного мышления и мировосприятия значимы для стабильности результатов психотерапии. Современными исследованиями показано, что позитивное мышление человека сопряжено с его психологической и, шире, жизненной устойчивостью, существенно влияет на результаты терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аведисова А.С. Появится ли альтернатива бензодиазепинам? // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П.Б. Ганнушкина. Экстравыпуск. 2006. С. 10–12.
2. Аведисова А.С., Чахава В.О., Лесс Ю.Э., Малыгин Я.В. Новый анксиолитик «Афобазол» при терапии генерализованного тревожного расстройства (результаты сравнительного исследования с диазепамом) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2006. № 8. С. 3.
3. Березин Ф.В. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л., 1988. 270 с.
4. Вейн А.М., Дюкова Г.М., Воробьева О.В., Данилов А.Б. Панические атаки (руководство для врачей). М., 2004. 408 с.
5. Калинин В.В. Симптоматика панического расстройства, алекситимия и эффективность терапии альпразоломом // Социальная и клиническая психиатрия. 1993. Т. 3, № 3. С. 100–106.
6. Краснов В.Н. Тревожные расстройства: их место в современной систематике и подходы к терапии // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 3. С. 33–38.
7. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. Женева: ВОЗ, 1996. 208 с.
8. Смулевич А.Б., Андрющенко А.В., Романов Д.В. Психофармакотерапия тревожных расстройств пограничного уровня (сравнительное исследование анксиолитического эффекта Афобазола и оксазепам у больных с расстройствами адаптации и генерализованным тревожным расстройством) // РМЖ. 2006. Т. 14, № 9. С. 3–7.
9. Тукаев Р.Д. Психотерапия реакций психического стресса // Здравоохранение Башкортостана. 1992. Т. 1, № 1. С. 6–10.
10. Тукаев Р.Д. Феноменология и биология гипноза (теоретический анализ и практическое применение). Уфа, 1996. 270 с.
11. Тукаев Р.Д. Психотерапия; структуры и механизмы. М., 2003. 270 с.
12. Тукаев Р.Д. Гипноз; феномен и клиническое применение. М., 2006. 448 с.
13. Тукаев Р.Д. Психотерапия; теории, структуры и механизмы. М., 2007. 392 с.
14. Тукаев Р.Д. Феноменология и клиника острого стрессового расстройства у спасателей-медиков. Ретроспективный анализ // Психотерапия. 2006. № 5 (41). С. 24–36.
15. Фрезер Д.Д. Золотая ветвь: Исследование магии и религии. Пер. с англ. 2-е изд. М., 1983. 703 с.
16. Amstadter A. Emotion regulation and anxiety disorders // *J. Anxiety Disord.* 2008. Vol. 22, N 2. P. 211–219.
17. Ballenger J.C., Davidson J.R., Lecrubier Y. et al. Consensus statement on depression, anxiety, and cardiovascular disease // *J. Clin. Psychiatry.* 2001. Vol. 62, Suppl. 8. P. 24–31.
18. Barlow D.H., Gorman J.M., Shear M.K., Woods S.W. Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial // *JAMA.* 2000. Vol. 283. P. 2529–2536.
19. Berard R.M. Depression and anxiety in oncology: the psychiatrist's perspective // *J. Clin. Psychiatry.* 2001. Vol. 62, Suppl. 8. P. 58–61; discussion P. 62–65.
20. Black D.W. Efficacy of combined pharmacotherapy and psychotherapy versus monotherapy in the treatment of anxiety disorders // *CNS Spectr.* 2006. Vol. 11, Suppl. 12. P. 29–33.
21. Celinski M.J., Pilowsky J. Measuring resilience to psychological outcomes of natural disasters. More questions than answers // *The Phoenix of Natural Disasters: Community Resilience* / K.Gow, D.Paton (Eds.). New York: Nova Science Publishers Inc., 2008. P. 73–86.
22. Cottraux J., Note I.D., Cungi C. et al. A controlled study of cognitive behaviour therapy with buspirone or placebo in panic disorder with agoraphobia // *Br. J. Psychiatry.* 1995. Vol. 167. P. 635–641.
23. Dernovsek M.Z., Sprah L. Comorbid anxiety in patients with psychosis // *Psychiatr. Danub.* 2009. Vol. 21, Suppl. 1. P. 43–50.
24. Donovan M.R., Glue P., Kolluri S., Emir B. Comparative efficacy of antidepressants in preventing relapse in anxiety disorders – a meta-analysis // *J. Affect. Disord.* 2009. [Epub ahead of print].
25. DSM-4; 4th edition. Washington, 1994. 886 p.
26. Foldes-Busque G., Marchand A., Landry P. Early detection and treatment of panic disorder with or without agoraphobia: update // *Can. Fam. Physician.* 2007. Vol. 53, N 10. P. 1686–1693.
27. Furukawa T.A., Watanabe N., Churchill R. Psychotherapy plus antidepressant for panic disorder with or without agoraphobia // *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2007. Issue 1. Art. No.: CD004364.
28. Goodwin R.D., Hamilton S.P. Lifetime comorbidity of antisocial personality disorder and anxiety disorders among adults in the community // *Psychiatry Res.* 2003. Vol. 117, N 2. P. 159–166.
29. Gorenstein E.E., Papp L.A. Cognitive-behavioral therapy for anxiety in the elderly // *Current Psychiatry Reports.* 2007. Vol. 9, N 1. P. 20–25.
30. Gray G.E. Concise Guide to Evidence-Based Psychiatry. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2004.
31. Grant B.F., Hasin D.S., Stinson A. et al. Prevalence, correlates, comorbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions // *Psychol. Med.* 2005. Vol. 35. P. 1747–1759.
32. Grant B.F., Hasin D.S., Stinson F.S. et al. The epidemiology of DSM-IV panic disorder and agoraphobia in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions // *J. Clin. Psychiatry.* 2006. Vol. 67, N 3. P. 363–364.
33. Hansen R.A., Gaynes B.N., Gartlehner G. et al. Efficacy and tolerability of second-generation antidepressants in social anxiety disorder // *Int. Clin. Psychopharmacol.* 2008. Vol. 23, N 3. P. 170–179.
34. Irish L., Ostrowski S.A., Fallon W. et al. Trauma history characteristics and subsequent PTSD symptoms in motor vehicle accident victims // *J. Trauma Stress.* 2008. Vol. 21, N 4. P. 377–384.
35. Kessler R.C., Chiu W.T., Demler O. et al. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication // *Arch. Gen. Psychiatry.* 2005. Vol. 62. P. 617–627.
36. 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 // *Arch. Gen. Psychiatry.* 2006. Vol. 63. P. 415–424.
37. Marks I.M., Swinson R.P., Basoglu M. et al. Alprazolam and exposure alone and combined in panic disorder with agoraphobia. A controlled study in London and Toronto // *Br. J. Psychiatry.* 1993. Vol. 162. P. 776–787.
38. Nutt D., Feeney A., Argyropoulos S. Anxiety disorders comorbid with depression: panic disorder and agoraphobia. Martin Dunitz Ltd., 2002. 110 p.
39. Pasquini M., Berardelli I. Anxiety levels and related pharmacological drug treatment: A Memorandum for the Third Millennium // *Ann. Ist. Super Sanita.* 2009. Vol. 45, N 2. P. 193–204.
40. Ramage-Morin P.L. Trouble panique et comportements d'adaptation // *Rapports sur la Santé: Suppléments.* 2004. Vol. 15. P. 37–72.
41. Roy-Byrne P.P., Wagner A.W., Schraufnagel T.J. Understanding and treating panic disorder in the primary care setting // *J. Clin. Psychiatry.* 2005. Vol. 66, Suppl. 4. P. 16–22.
42. Roy-Byrne P.P., Davidson K.W., Kessler R.C. et al. Anxiety disorders and comorbid medical illness // *Gen. Hosp. Psychiatry.* 2008. Vol. 30, N 3. P. 208–233.
43. Schmitt R., Gazalle F.K., Lima M.S. et al. The efficacy of antidepressants for generalized anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis // *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2005. Vol. 27, N 1. P. 18–24.
44. Scott R.W., Mughelli K., Deas D. An overview of controlled studies of anxiety disorders treatment in children and adolescents // *Natl Med. Assoc.* 2005. Vol. 97, N 1. P. 13–24.
45. Schweickhardt A., Leta R., Bauer J., Fritzsche K. Psychotherapy motivation-factor analysis and validity of a modified version of the Psychotherapy Motivation Questionnaire (PTM) // *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 2009. Vol. 59, N 11. P. 401–408.
46. Singh J.S., Hope D.A. Cognitive-behavioral approaches to the treatment of social anxiety disorder // *Isr. J. Psychiatry Relat. Sci.* 2009. Vol. 46, N 1. P. 62–69.
47. Suls J., Martin R. The daily life of the garden-variety neurotic: Reactivity, stressor exposure, mood spillover, and maladaptive coping // *J. Pers.* 2005. Vol. 73, N 6. P. 1485–1509.
48. Tillfors M., Ekselius L. Social phobia and avoidant personality disorder: Are they separate diagnostic entities or do they reflect a spectrum of social anxiety? // *Isr. J. Psychiatry Relat. Sci.* 2009. Vol. 46, N 1. P. 25–33.
49. Watanabe N., Churchill R., Furukawa T.A. Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2007. Vol. 24, N 1. CD004364.

КОМПЛЕКСНАЯ КОГНИТИВНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ С ПРИСТУПАМИ ПАНИКИ. МЕТОДИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ. СООБЩЕНИЕ 1

Р. Д. Тукаев, О. П. Зуева, А. Н. Кузнецов, В. В. Кузнецов, К. А. Срывкова

Разработана комплексная методика психотерапии тревожных расстройств с паническими приступами, включающая психообразовательный, каузальный, когнитивно-ориентированный, гипнотерапевтический компоненты. Проведены непосредственная и катамнестическая оценка эффективности комплексной психотерапии тревожных расстройств с паническими приступами. Результаты клинического применения указы-

вают на: 1) клиническую эффективность разработанной методики психотерапии; 2) возможность применения методики самостоятельно, в комплексе с фармакотерапией, с прекращением фармакотерапии.

Ключевые слова: тревожные расстройства с паническими приступами, комплексная когнитивно-ориентированная психотерапия, гипнотерапия, оценка эффективности психотерапии.

COMPLEX COGNITIVELY-ORIENTED PSYCHOTHERAPY OF ANXIOUS DISORDERS WITH PANIC ATTACKS. METHOD AND RESULTS OF APPLICATION. Paper 1

R. D. Tukaev, O. P. Zueva, A. N. Kuznetsov, V. V. Kuznetsov, K. A. Sryvkova

The complex method of psychotherapy for anxious disorders with panic attacks is developed; its components are psycho-educational, causal, cognitively-oriented, hypnotherapeutic. The immediate and in one year follow-up efficiencies of psychotherapy of anxious disorders with panic attacks are evaluated. Results of clinical application specify on: 1) clinical

efficiency of the developed method of psychotherapy; 2) an opportunity of complex application with pharmacotherapy and with termination of pharmacotherapy.

Key words: anxious disorders with panic attacks, complex cognitively-oriented psychotherapy, hypnotherapy, efficiency of psychotherapy.

Тукаев Рашит Джаудатович – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России, кафедра психотерапии и сексологии Российской медицинской академии последипломного образования; e-mail: tukaevrd@mtu-net.ru

Зуева Оксана Петровна – аспирант кафедры психотерапии и сексологии Российской медицинской академии последипломного образования; e-mail: ice1977@bk.ru

Кузнецов Андрей Николаевич – врач-психотерапевт ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: annikuz@mail.ru

Кузнецов Владимир Викторович – аспирант ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: psy003@gmail.com

Срывкова Ксения Александровна – аспирант ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: ksufiko@gmail.com