

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
Белорусская медицинская академия последипломного образования
Кафедра психотерапии и медицинской психологии

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе
Бел МАПО

доцент Т.В. Калинина

«__» _____ 2005г

Терещук Елена Ивановна, Головач Анатолий Алексеевич

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Учебно- методическое пособие

Рекомендовано Советом терапевтического факультета

Минск 2005

УДК 615.86-07-08 (075.8)

ББК 53.57 я7

Т 35

Учреждение-разработчик:

**Белорусская медицинская академия последипломного образования,
кафедра психотерапии и медицинской психологии.**

Рецензенты:

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии
Белорусской медицинской академии последипломного образования, **Р. А.
Евсегнеев;**

кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и медицинской
психологии государственного ведущего высшего учебного учреждения
«Белорусский государственный медицинский университет» **О.В. Лисков-
ский.**

Утверждено Советом терапевтического факультета в качестве
учебно - методического пособия _____2005г., протокол №

Авторы:

*ассистент кафедры психотерапии и медицинской психологии, кан-
дидат медицинских наук, врач-психиатр 1-й квалификационной катего-
рии; психотерапевт Елена Ивановна Терещук;*

*доцент кафедры психотерапии и медицинской психологии, кандидат ме-
дицинских наук Анатолий Алексеевич Головач;*

Т 35 КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАНИЧЕСКИХ РАС-
СТРОЙСТВ/ Е.И. Терещук, А.А. Головач, Мн.: Бел МАПО, 2005. - 61 с.

*В учебном пособии представлены критерии диагностики панического
расстройства, методы биологической терапии, психотерапии, преимущест-
ва и недостатки комбинированного подхода (фармакотерапии с одновре-
менно проводимой психотерапией).*

*Учебное пособие основано на результатах проспективного лонгитуди-
нального исследования диагностики и терапии пациентов с паническим рас-
стройством в условиях первичного медицинского звена (общесоматической
поликлиники).*

Предназначено для врачей всех специальностей.

УДК615.86-07-08 (075.8)

ББК53.57 я7

© Терещук Е.И., Головач А.А.,

© Бел МАПО, 2005

Тревожные расстройства, в том числе паническое расстройство (ПР), являются на сегодняшний день одной из актуальнейших проблем современной медицины. Это связано с высокой степенью распространенности данной патологии (1,1 - 2,4%) [7] преимущественно среди лиц молодого, социально активного возраста; большими финансовыми затратами на ее лечение; социально-экономическими последствиями роста таких расстройств и общепризнанной в мировой практике сложностью лечения данной категорий больных.

В то же время, только незначительное число пациентов с ПР первоначально приходят к психиатрам, большинство же предпочитают обращаться к врачам общей практики. В зависимости от специализации врача-диагноста, осматривающего больного первым, при одном и том же заболевании обычно ставятся диагнозы скорее из области кардиологии, неврологии, пульмонологии, реже психиатрии [4]. Однако, большинство расстройств, обозначенных как сердечно-сосудистый невроз, кардиофобия, нейроциркуляторная дистония, вегетососудистая дистония и множество других названий имеют отношение к расстройствам, связанным с чувством страха (паническому расстройству, агорафобии с паническим расстройством и др.) [4,10].

В результате пациенты с ПР, как правило, проходят бесполезные многочисленные обследования, не получают должного лечения, что ведет к хроническому течению заболевания и большим необоснованным экономическим затратам [10].

Эффективность терапии пациентов с ПР до настоящего времени была весьма невысока, что во многом связано с редким использованием комплексного подхода к лечению (с применением как фармакологических средств, так и психотерапевтических методов). Монотерапия подобных состояний, как правило, оказывается малоэффективной, поскольку не может учитывать мультифакторность их генеза [2, 10]. Необходим комплексный подход к лечению этих расстройств с применением как фармакологических средств, так и психотерапевтических методов [2, 4, 10].

Все это обуславливает крайне высокую медицинскую и социально-

экономическую актуальность проблемы выявления и лечения ПР.

1. КЛИНИКА панического расстройства.

Паническое расстройство – это тревожное расстройство, проявляющееся возникающими без видимой причины приступами острой патологической тревоги (*психовегетативными пароксизмами – ПВП или паническими атаками – ПА, то есть патологической пароксизмальной тревогой*) и вторичной психопатологической симптоматикой (тревогой ожидания, поведением избегания, многочисленной фобической симптоматикой и часто вторичной депрессией).

Патологическая пароксизмальная тревога проявляется возникающим без видимой причины комплексом типичных соматовегетативных нарушений:

- ✓ *затруднение дыхания, удушье*
- ✓ *ощущение нехватки воздуха, одышка*
- ✓ *сердцебиение, учащённый пульс, пульсации чувство трепетания в груди — «сердце дрожит», «колотится» или «выскакивает из груди»;*
- ✓ *ощущение боли или дискомфорта в грудной клетке;*
- ✓ *ощущение озноба, тремор;*
- ✓ *приливы жара или озноб;*
- ✓ *потливость;*
- ✓ *тошнота, рвота, абдоминальный дискомфорт;*
- ✓ *ощущение головокружения, неустойчивость, лёгкость в голове или предобморочное состояние;*
- ✓ *ощущение онемения или покалывания в руках и ногах (парестезии);*
- ✓ *чувство нереальности окружающего мира (дереализация) или отчуждения и нереальности самого себя (деперсонализация);*

Помимо соматических проявлений в ПВП практически всегда присутствуют так называемые панические феномены:

- ✓ *страх умереть,*
- ✓ *страх сойти с ума, либо потерять контроль над собой.*

Для диагностики панической атаки необходимо наличие в приступе более 4-х из выше перечисленных симптомов. Мы предлагаем использование специальных опросников, позволяющих оценить структуру (типичность) психоvegetативного пароксизма, субъективно определяемую тяжесть приступа и в целом состояния, выраженность и качество эмоционального компонента приступа (ПРИЛОЖЕНИЕ 2).

Однако в клинике часто встречаются и «малые», или abortивные ПВП с тремя и менее симптомами, а также ПА без страха. Подобные состояние составляют от 20 до 40% ПР, наблюдаемых у больных, обращающихся за помощью к кардиологам и невропатологам. Их еще называют «маскированной тревогой», «паникой без паники», «алекситимической паникой». Пациенты с такими приступами тревоги наиболее часто наблюдаются в общесоматической практике, лечатся с диагнозами «вегетососудистая дистония», «нейроциркуляторная дистония» и, как правило, не получают должного лечения [2, 4, 10].

ПВП возникают остро и длятся от 5 до 30 минут, однако, при нарастании тяжести расстройства и тенденции к хроническому течению, могут длиться значительно дольше. Частота их различна — от нескольких раз в день до нескольких в месяц, в среднем 2—3 в неделю.

Панические атаки у пациента могут быть:

- ⇒ *спонтанными* (без какой либо видимой связи или причины),
- ⇒ *ситуационные* (в каких-то определенных местах или в ситуациях) и
- ⇒ *приступы страха ожидания*, которые возникают в ожидании «угрожающей ситуации».

Панические атаки часто приводят к формированию у пациента тревожного ожидания наступления следующего приступа (*опережающая тревога, тревога ожидания или страх страха*) и, как следствие, *избегающего поведения*, что со временем ломает весь его жизненный стереотип. Пациент опасается оказаться в ситуации, когда исключена немедленная помощь, а поэтому все больше времени проводит дома, перестает работать, выполнять даже простые социальные и семейные обязанности, требует постоянного наблюдения и со-

провождения членами семьи и т. д., то есть фактически становится инвалидом [5]. Именно фобический компонент с тревогой ожидания представляет наибольшие трудности при курации пациентов, поскольку его появление в течение заболевания свидетельствует о хронизации процесса и наступлении социальной дезадаптации и инвалидизации больных [5, 10].

Выделяют ПР с агорафобией и без агорафобии. Агорафобия традиционно рассматривается как страх открытых пространств, однако семантическое значение этого термина значительно шире. Чаще всего это страх пребывания в тех местах и ситуациях, где приступы уже бывали и в случае возникновения очередного приступа будет невозможно получить помощь, например в переполненном транспорте, в больших магазинах, на рынках, стадионах, а залах кинотеатра, самолете и т. д. Приступы паники и агорафобия обычно встречаются совместно, агорафобия без приступов — явление редкое.

Пациенты с ПР, как правило, обращаются за медицинской помощью во время или сразу же после приступов: вызывают «скорую помощь», участковых терапевтов, доставляются в приемные покои больниц. Они зачастую расцениваются как больные с неотложными состояниями и иногда даже госпитализируются. Однако, даже при тщательном соматическом и неврологическом обследовании у них не обнаруживается никаких телесных причин, которыми можно было бы объяснить происходящее. Такие пациенты получают диагнозы «вегетососудистая дистония», «пароксизмальная тахикардия», «диэнцефальные кризы», «нейроциркуляторная дистония», иногда — «гипоталамический синдром», «мигрень», «гипогликемия», «лабиринтит» и другие, что влечет за собой повторные дорогостоящие обследования и неэффективную терапию.

Установлено, что течение ПР - хроническое, по данным зарубежных катамнестических исследований (наблюдение 3-7 лет), только один из десяти пациентов достигает состояния полностью свободного от симптомов. У этих больных высок риск суицида, примерно у 20% из них развивается алкогольная и лекарственная зависимость (обычно от транквилизаторов) как результат безуспешного лечения и самолечения [2, 5].

Итак, для постановки диагноза необходимы следующие критерии:

- повторяющиеся неожиданные приступы (*критерий спонтанности*);
- наличие не менее 4-х симптомов (*критерии симптома*), наблюдающихся в течение 10 минут после начала приступа (*критерий времени*);
- приступы должны сопровождаться значительными изменениями в поведении больного и постоянным беспокойством о возможности новых приступов в течение месяца (*критерий интенсивности*).
- отсутствие соматических и неврологических заболеваний, которые могли бы вызывать сходные состояния и отсутствие связи возникновения приступов с интоксикацией психоактивными веществами (например, психостимуляторами) или приемом лекарств.

Примерный вопрос для анамнеза: «*Страдаете ли вы внезапными, неожиданными приступами беспричинного страха?*»

При постановке диагноза ПР, особенно при обращении пациентов, у которых впервые возникли симптомы ПР, необходимо исключить общесоматическую и психиатрическую патологию, при которой также могут наблюдаться симптомы паники. Заболевания, которые могут вызывать состояния, подобные ПА - ПРИЛОЖЕНИЕ 3.

2. Первичные и вторичные синдромы патологического страха.

Различают три основные формы страха, которые обуславливают выбор соответствующих, отличающихся друг от друга стратегий лечения.

- А. Адекватный или «нормальный» страх.*
- В. Первичные заболевания, связанные с чувством страха.*
- С. Вторичные фобические синдромы.*

А. *Адекватный, «нормальный» страх* не требует лечения, но не исключает советов врача пациенту, и такие состояния исключительно редко требуют назначения лекарственных средств.

Врач должен объяснить пациенту, что страх или тревога представляет собой сигнал предупреждения, который призван помочь в преодолении угро-

зы, породившей его. Страх является совершенно необходимым, первоочередным и/или долговременным процессом адаптации и обучения человека. Страх, однако, может нарастать, вызывать неадекватную реакцию, соматовегетативные проявления тревоги могут обособляться (или диссоциировать) от эмоционального компонента тревоги и от причины, вызвавшей это состояние, что в конечном итоге приводит к деструктивному заболеванию (хроническому психическому расстройству или психосоматическому заболеванию). Во многом это расплата за ошибки и нерешительность в лечении на начальной стадии заболевания.

В. При *первичных заболеваниях, связанных с чувством страха*, речь идет об отдельных характерных формах патологического страха, которые по патогенезу, симптоматике и течению могут трактоваться как самостоятельные болезни. К ним принято относить страх, возникающий спонтанно и/или приступообразно (ПР, генерализованное тревожное расстройство); страх, провоцируемый исключительно каким-либо объектом или ситуацией; страх, вызванный экстремальной ситуацией с чрезвычайной угрозой (посттравматическое стрессовое расстройство); и, наконец, страх, связанный с насильственными представлениями и действиями (навязчивый страх).

С. При *вторичных синдромах* патологического страха имеются в виду менее четкие формы страха в рамках общего соматического (терапевтического), или церебрального (неврологического) основного заболевания, либо заболеваний иного характера. Поэтому для указанных нозологических форм используют понятие фобического синдрома. Основное заболевание (например, эпилепсия; тиреотоксикоз) в определенной степени и обуславливает соответствующие симптомы страха. Естественно, что терапия при вторичных синдромах патологического страха должна предусматривать лечение основного заболевания и дополнительно - самого фобического синдрома (например, лечение инфаркта миокарда и сопряженной с ним фобии).

3. Соматические заболевания с сопутствующей патологической

пароксизмальной тревогой.

3.1. Эндокринные синдромы патологического страха.

При тиреотоксикозе часто встречаются состояния тревожного возбуждения и напряжения, беспокойство при пониженной работоспособности и непереносимости нагрузок. При этом часты многообразные соматические синдромы (тахикардия, перебои в деятельности сердца, потливость, удушье, мышечная слабость, потеря веса и т.п.). Возрастающее тревожное возбуждение может быть предвестником тиреотоксикоза.

Гипертиреозную тревожность труднее всего отличить от невротической тревоги, в частности, панического расстройства. Клинические отличия следующие:

- у пациентов, подверженных невротическому страху, часто холодные конечности, у пациентов же, страдающих гипертиреозом - тёплые;
- при ПР характерно снижение сердцебиения в состоянии покоя и во время сна, при гипертиреозе – тахикардия даже в ночное время.
- Несмотря на то, что обе группы пациентов жалуются на измождение и усталость, страдающий гипертиреозом пациент, несмотря на субъективную усталость, проявляет постоянную гиперактивность.

Повышенная рефлекторная возбудимость характерна для обоих заболеваний. Для дифференциальной диагностики этих заболеваний необходимы лабораторно-диагностические обследования.

При болезни Кушинга доминируют (наряду с типичной клинической картиной заболевания) скорее тревожно-депрессивное настроение, аффективная лабильность и расстройство побуждений.

При феохромоцитоме гипертензивный кризис нередко сочетается с сильной тревогой со страхом смерти и тревожным возбуждением. При феохромоцитоме тревожное возбуждение и вегетативные дисфункции группируются вокруг ведущего симптома - высокого АД; гипертонический криз почти всегда сопровождается сильными головными болями.

3.2. Метаболические формы страха.

Среди метаболических синдромов патологической тревоги довольно часто встречается и имеет практическое значение только гипогликемический страх в рамках гипогликемических предупредительных симптомов при сахарном диабете. Иногда сложно разграничить адекватный и необходимый при гипогликемии страх от страха неадекватного, связанного с расстройством психики (помогает лабораторная диагностика).

3.3. Кардиология.

Симптомы тревоги встречаются почти при всех тяжелых сердечных заболеваниях. Как правило, коронарная недостаточность и инфаркт миокарда имеют два центральных симптома: боль и страх.

Возникновению симптомов тревоги способствует картина неустойчивой и прогрессирующей стенокардии, при которой боли бывают в покое и даже во время сна. Пароксизмальные нарушения ритма сердечной деятельности, операции на сердце также приводят к большим психическим перегрузкам и нередко вызывают тяжелые расстройства, вплоть до психотического уровня (посткардиотомический психоз).

В дифференциальном плане нужно знать, что тревога при этих заболеваниях часто не проявляется открыто, а выступает как бы «закодировано», она вытеснена, или же замаскирована депрессивными реакциями. А «невротическая кардиофобия» характеризуется поведением в сильной степени аппеляционным, нуждающимся в сочувствии и ищущим помощь. В ряде стран кардиофобия в настоящее время рассматривается как один из подвидов ПР. Для дифференциальной диагностики органических заболеваний сердца с приступами паники и ПР необходимы определенные кардиологические исследования. Такие больные, как правило, обращаются в первую очередь к терапевту или кардиологу, но нуждаются в комплексном лечении с участием психотерапевта.

4. Церебральные заболевания.

4.1. Эпилептические фобические синдромы.

При эпилепсии страх проявляется в виде симптомов во время припадков и в период между припадками. Страх перед припадками проявляется при аурах («аура страха») и общих частичных припадках («психомоторные припадки»). Он может сочетаться с угрожающими галлюцинациями типа «падения в пропасть», микро- и макропсией, феноменами замедления и ускорения времени или угрожающими картинами и сценами. Часто наблюдается изменение (но не помутнение) сознания, сопровождаемое приступами отчуждения или же чрезмерной знакомости ситуации - явлениями дереализации, деперсонализации и, в большинстве случаев, внезапно возникающими неприятными ощущениями вегетативной природы. В межприступном периоде страх наступает при периодических дисфориях (сочетание тоски со злобностью) и редких эпилептических психозах. В таких случаях на ЭЭГ в височных областях могут быть зафиксированы отклоняющиеся от нормы разряды. Основное отличие - внезапность начала и завершения, кратковременность приступа страха.

4.2. Другие церебральные заболевания с симптомами патологического страха.

Диагноз ставится на основании анамнеза, выявления невротических нейропсихологических и соматопсихических симптомов. Обычно трудности возникают при хронических органических заболеваниях мозга.

5. Психические заболевания с синдромом патологического стра-

ха — аффективные психозы, дистимия, шизофренические психозы, навязчивые состояния, зависимость от психоактивных веществ.

Дифференциальный диагноз важен в силу различных стратегий лечения. Важно распознать основное заболевание, т.к. оно требует собственного лечения, и в то же время пациент нуждается в дополнительной терапии патологической пароксизмальной тревоги.

Таким образом, при исключении выше перечисленных заболеваний, пациент может быть диагностирован, как страдающий ПР и примеры формули-

ровки диагноза могут быть следующими:

- *Агорафобия с паническим расстройством (F40.01 по МКБ-10)*
- *Паническое расстройство (F 40. 0 по МКБ-10) .*

Когда диагноз ПР установлен, необходимо провести **оценку**:

- ✓ тяжести состояния, т.к. существует вариабельность в типах и продолжительности ПА, рассмотреть длительность и течение расстройства, осложнения и результаты предшествующего лечения;
- ✓ социальной адаптации и дееспособности пациента;
- ✓ суицидальной активности (суицидальные мысли, намерения и\или парасуициды в анамнезе);
- ✓ наличия коморбидных психических расстройств (например, употребление психоактивных веществ, наличие депрессивного расстройства или расстройства личности). Лечение этих коморбидных состояний может быть на начальном этапе даже важнее, чем терапия ПР. В таких случаях выставляется несколько диагнозов. Примеры формулировки диагноза могут быть следующими:

- *Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжёлой депрессии без психотических симптомов. Паническое расстройство (F 31.4, F 40. 0 по МКБ-10)*
- *Зависимое расстройство личности. Агорафобия с паническим расстройством (F 60.7, F40.01 по МКБ-10)*

6. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ПАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

А. Для большинства пациентов с ПР, лечение может проводиться **амбулаторно** и редко требует госпитализации.

- ! Необходимо знать, что во время госпитализации состояние пациентов с ПР часто улучшается независимо от терапии, а после выписки из стационара вновь резко ухудшается. Подобные рецидивы расстройства способствуют ещё большей регрессии пациента, подрывают доверие к

врачам, терапии в целом и к возможности избавления от недуга, что часто способствует развитию госпитализма и инвалидизации пациентов.

В стационарном лечении нуждаются:

- Пациенты с депрессивной симптоматикой, суицидальными тенденциями и/или суицидальными попытками в анамнезе.
- Пациенты, нуждающиеся в детоксикации с сопутствующим злоупотреблением психоактивными веществами.
- Пациенты с тяжело протекающим ПР с агорафобией, некурабельные в амбулаторных условиях и/или когда амбулаторная терапия не эффективна. Лечение может быть начато в больнице для подбора индивидуальной терапевтической дозы при фармакотерапии ПР перед направлением на амбулаторное лечение.

Б. Учитывая *проблемы сепарации*, характерные для пациентов с ПР, очень важна доступность врача для пациента для формирования доверительных отношений и рабочего альянса в терапии. Это необходимо особенно на начальных этапах терапии и если пациент становится чрезмерно зависимым от психиатра или психотерапевта, то эта зависимость должна прорабатываться непосредственно в терапии.

В. ПР - хроническая болезнь. Терапевтическая работа для большинства пациентов направлена на уменьшение тяжести ПР. Усиление симптоматики может происходить даже во время проведения терапии, кроме того, может развиваться депрессивное состояние. В данном случае необходимо заверять пациента, что флюктуация симптомов может происходить в терапии перед улучшением и убеждать, что это предполагается и учитывается в процессе терапии. Даже после успешной терапии у пациентов все же могут оставаться симптомы, включая случайные малые ПА и остаточное поведение избегания. Рецидив после прекращения лечения также всегда возможен. Пациентам необходимо рассказать, что симптомы ПР иногда возвращаются и важно начать лечение быстро, чтобы избежать начала осложнений. Пациент должен знать о возможности всегда обратиться к психиатру и психотерапевту, а быстрое начало лечения

почти всегда ведет к улучшению.

С. Для достижения терапевтического эффекта (как в психотерапии, так и фармакотерапии), длительность лечения составляет приблизительно 12 недель. Это - время, необходимое для оценки эффективности любого вида терапии [12]. При достижении положительного результата частота посещений уменьшается, и, в конечном счете, они прекращаются в течение нескольких месяцев. Пациенты, у кого нет никакого улучшения в течение 12 недель, должны быть повторно оценены в отношении верности диагноза и необходимости в другом виде терапии, либо в комбинированной терапии [10, 12].

7. ВЫБОР МЕТОДИК ЛЕЧЕНИЯ

Выбор между психотерапией и фармакотерапией зависит от индивидуальной оценки эффективности, рассмотрения выгод и рисков каждой методики и персональных предпочтений пациента (включая затраты). В каждом случае пациент должен быть полностью информирован относительно преимуществ и недостатков психотерапии, фармакотерапии и других методов лечения. Так, например, при выборе фармакотерапии, необходимо рассказать подробно о побочных действиях препарата, т.к. пациенты с ПР боятся принимать медикаменты и очень чувствительны ко всем телесным ощущениям, вызванным ими и часто отказываются от приема препарата.

Учитывая высокую вероятность рецидива после фармакотерапии, **общая рекомендация** следующая:

- ✓ в случае впервые выявленного ПР фармакотерапия должна продолжаться, по крайней мере 3-6 месяцев после улучшения состояния пациента и затем можно попытаться отменить препарат с продолжением контрольных посещений пациентом врача.
- ✓ При рецидиве расстройства пациенты должны вновь начать фармакотерапию, и она должна продолжаться значительно дольше - крайней мере год.

➤ **Общее правило следующее:** чем больше рецидивов расстройства, тем

длительнее должна быть фармакотерапия.

7.1. Биологическое лечение направлено преимущественно на биологические причины возникновения патологической тревоги путем воздействия на обмен нейромедиаторов в головном мозге.

В настоящее время для фармакотерапии ПР используют следующие группы психотропных средств:

А. трициклические антидепрессанты (ТАД) уменьшают интенсивность и частоту ПА, снижают тревогу ожидания, влияют на сопутствующую депрессию; успешная терапия ТАД также ведёт к прекращению поведения избегания.

Рекомендуемые дозы препаратов см. ПРИЛОЖЕНИЕ 4.

При терапии ТАД необходимо:

1. начинать с низких доз (см. табл. I ПРИЛОЖЕНИЕ 4), учитывая начальную гиперчувствительность у некоторых пациентов с ПР к препаратам, повышая дозу постепенно в последующие недели;
2. вывод об эффективности препарата может быть сделан не ранее, чем через 4 недели от начала терапии, иногда – через 6-12 недель.

ТАД эффективны в терапии ПР, однако основными *недостатками* ТАД являются:

- отставленный эффект (6-12нед.),
- выраженные побочные действия: см. ПРИЛОЖЕНИЕ 5
- Учитывая кардиотоксическое действие ТАД в высоких дозах, не рекомендуется назначение препаратов при предполагаемых суицидальных тенденциях. Следует помнить, что в начале терапии ТАД (в частности, кломипрамин и мелипрамин) могут вызвать усиление тревоги, агитацию и обострение симптоматики. Ввиду того, что пациенты с ПР чувствительны к побочным эффектам ТАД многие из них при появлении этих явлений сразу же прекращают приём препарата, и только немногие из них переносят высокие дозы препаратов. Применение ТАД эффективно у больных с большим удельным весом психопатологических расстройств (прежде все-

го депрессивной, обсессивно - компульсивной и фобической симптоматики). Общая продолжительность поддерживающей терапии после достижения терапевтического эффекта должна составлять не менее 6 месяцев.

Б. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС)

уменьшают интенсивность и частоту ПА, тревогу ожидания, сопутствующую депрессию. Успешная терапия СИОЗС также ведет к сокращению фобической симптоматики и поведения избегания. Не имеется никаких существенных различий в эффективности между СИОЗС и ТАД. Рекомендуемые дозы препаратов см. ПРИЛОЖЕНИЕ 4.

СИОЗС более безопасны в отношении побочных действий, чем ТАД. Они не смертельны при передозировке и не имеют серьезных побочных эффектов на сердечно-сосудистую систему, могут назначаться пожилым пациентам, пациентам с гипертрофией предстательной железы или глаукомой.

Побочные эффекты - головные боли, раздражительность, тошнота и другие желудочно-кишечные расстройства, бессонница, половые дисфункции, иногда повышение тревоги, сонливость и тремор.

Эти препараты назначают в виде 1- кратного приема. Как и при терапии ТАД, некоторые пациенты с ПР испытывают начальное усиление тревоги, агитацию в начале лечения. Рекомендуется назначать в течение нескольких дней низкую или начальную дозу *СИОЗС* и затем увеличивать до средней терапевтической (см. таблица 1 ПРИЛОЖЕНИЕ 4). Если состояние пациента не улучшается в течение нескольких недель, дозу препарата постепенно увеличивают до предельно допустимой. Так же как и при терапии ТАД, улучшение может наступить к концу 4 недели, и у некоторых пациентов - к 8 - 12 неделям.

Длительность терапии. Необходимо продолжать прием препарата после достижения эффекта как минимум 12-36 недель для предотвращения рецидива расстройства

Препараты следует *отменять* также постепенно, т.к. при резкой отмене

возможны головокружение, головная боль, раздражительность и тошнота. Симптомы появляются в пределах 24 часов после отмены, достигают максимума на 5 день после отмены и прекращаются к 14 дню. Если медикаменты отменяются после длительного использования, рекомендуется снижение дозы СИОЗС в течение более чем нескольких недель.

В. Транквилизаторы (бензодиазепины) уменьшают интенсивность и частоту ПА, тревогу ожидания и часто успешная терапия бензодиазепинами ведет к уменьшению поведения избегания. Рекомендуемые дозы препаратов см. ПРИЛОЖЕНИЕ 4.

Альпразолам в настоящее время является самым эффективным бензодиазепином в лечении ПР.

При терапии ПР рекомендуется начинать лечение с малых доз (см. ТАБЛ. 1 ПРИЛОЖЕНИЕ 4) с постепенным наращиванием препарата до средней терапевтической и индивидуально переносимой дозы препарата. Большинство пациентов нуждаются в трех- или четырехкратном приеме препарата, хотя некоторые могут достигать улучшения симптоматики и с двумя приемами альпразолама в день. Бензодиазепины хорошо переносятся пациентами с ПР.

Длительность лечения.

Альпразолам имеет более раннее начало терапевтического действия, чем антидепрессанты. Улучшение симптоматики в виде сокращения ПА проявляется в течение первой недели лечения, хотя полная редукция может быть через несколько недель.

! *Альпразолам является препаратом первого выбора для быстрого купирования симптомов, когда пациенты срочно нуждаются в уменьшении высокого уровня тревоги ожидания, в сокращении и уменьшении тяжести ПА.*

При хорошей переносимости и быстром антипаническом эффекте (на первой неделе терапии), альпразолам мало влияет на поведение избегания, мало эффективен при сильном обсессивном компоненте и при представленной в

клинической картине расстройства выраженной сенесто-инохондрической симптоматики.

Альпразолам вызывает значительно большую выраженность синдрома отмены, рецидивов ПА при отмене препарата, в связи с чем пациенты отказываются заканчивать прием препарата. Трудности в процессе отмены кажутся наиболее серьезными в течение последней половины периода отмены и первой недели после окончания терапии. Во многих случаях трудно определить, являются ли симптомы следствием отмены препарата или рецидива расстройства.

➤ *Отказ от излишне высоких доз бензодиазепинов и при убеждении пациента принимать эти медикаменты только когда это необходимо, могут помочь избежать развития привыкания и медикаментозной зависимости.*

Препарат следует очень медленно отменять у пациентов с ПР, не выше, чем на 10 % дозы в неделю [4, 10, 12]. Явления отмены могут быть во время снижения терапевтической дозы препарата и могут быть особенно серьезны к концу отмены. При выраженности синдрома отмены иногда бывает полезно возвращение к предыдущей дозе на некоторое время и через некоторое время необходимо вновь предпринять попытку отмены. Принятие решения о попытке отмены бензодиазепинов может быть под влиянием, следующих факторов: при стабильности коморбидных состояний и готовности пациента к альтернативным способам лечения.

У клоназепама отмечается более выраженный противотревожный и противосудорожный эффекты, чем седативный и миорелаксирующий. Продолжительный период полувыведения позволяет достигать терапевтической концентрации при 1 - 2 кратном приеме.

Отмену препарата следует осуществлять также очень постепенно (снижение нужно осуществлять не быстрее чем 0,5 мг каждые 2—3 недели).

Побочные действия: сонливость, атаксия, раздражительность, тошнота, дистимия, иногда аллергические реакции, лейкопения, тромбоцитопения, агранулоцитоз.

Противопоказания: миастения, атриовентрикулярная блокада сердца, лекарственная и другие формы зависимости.

При одновременном приеме с алкоголем, миорелаксантами и бензодиазепинами отмечается взаимное усиление действия, с вальпроатами - возможна провокация приступов эпилепсии.

Карбамазепин - антиконвульсант, по строению близок к имипрамину и синтезировался как вероятное антидепрессивное средство.

Карбамазепин обладает сочетанием различных психотропных и соматотропных свойств (в частности, антипароксизмальных, тимо- и вегетостабилизирующих, анальгетических). ППР составляет от 10 до 20 часов у различных больных. Применяют препарат 2-3 раза в день.

Рекомендуется начинать лечение карбамазепином с малых доз (см. ТАБЛ. 1 ПРИЛОЖЕНИЕ 4) с постепенным наращиванием препарата до средней терапевтической и индивидуально переносимой дозы.

Побочные эффекты возникают преимущественно в первые дни приема препарата - это аллергические реакции, сонливость, тошнота, преходящая лейкопения.

Относительные противопоказания: повышение внутриглазного давления (глаукома); сердечно-сосудистая, почечная и печёночная недостаточность, пожилой возраст, заболевания крови, сопровождающиеся угнетением белого ростка; аденома предстательной железы, первые 3 месяца беременности и период лактации.

Предосторожности при терапии:

- вождение автомобиля и управление различными механизмами;
- контроль форменных элементов крови еженедельно первый месяц лечения и в дальнейшем 1 раз в месяц;
- контроль за функцией печени 1 раз в 6 месяцев;
- анализ мочи 1 раз в 6 месяцев, включая клиренс креатинина;
- ЭКГ 1 раз в 6 месяцев;
- анализ крови на электролиты (проверка гипонатремии) 1 раз в 6 месяцев.

Известна возможность нейротоксичности карбамазепина в сочетании с другими лекарственными средствами, прежде всего с солями лития, флуоксетином и ингибиторами МАО.

Для купирования самой панической атаки наряду с приемом бензодиазепинов можно рекомендовать прием **бета-адреноблокаторов:**

- ✓ атенолол 0,05 – по $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ табл. 2-4 раза в день,
- ✓ анаприлин 0,01 2-4 раза в день под контролем частоты пульса (диапазон 60-80).

7.2. Психотерапия панического расстройства

Существует большое количество психологических моделей тревожных расстройств и соответствующих им психотерапевтических подходов. К наиболее признанным в этой области относят аналитически-ориентированную или психодинамическую терапию и когнитивно-бихевиоральную терапию [12].

Когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ) ПР.

КБТ относительно мягкий тип вмешательства. Это терапия, сфокусированная на симптоме, она помогает:

- ☞ *справляться с ПА,*
- ☞ *предупреждать ситуационные ПА,*
- ☞ *тревогу ожидания и поведение избегания.*

В психотерапии ПР используются следующие ключевые компоненты КБТ:

- **Обучение и информирование пациента.**

Терапия пациентов с ПР всегда начинается с обучения и информирования пациента. Начальное образование для пациентов передается дидактическим способом.

В ходе психотерапии необходимо:

1. идентифицировать и назвать симптомы пациента,
2. объяснить пациенту возникновение его симптомов и
3. наметить план лечения.

Пациенту предлагается заполнить специальные опросники для диагностики ПА (см. ПРИЛОЖЕНИЕ 2), при этом он обучается идентифицировать телесные ощущения во время и вне приступа.

Пациенту можно, например, рассказать: *«Неприятные ощущения при ПА - это соматические признаки тревоги и они могут, а, возможно, и встречались у вас не только в состоянии паники, но и при приятном волнении, радости, возбуждении. При этих состояниях происходит выброс адреналина в кровь, он взаимодействует с органами и тканями и, соответственно, возникают подобные телесные ощущения, однако, эти состояния не опасны для физического благополучия».*

Пациенту желательно как можно более подробно рассказать о проявлениях пароксизмальной тревоги, назвать и объяснить механизмы возникновения симптоматики (например, гипервентиляции и сопутствующих ей ощущений у пациента) и предоставить доступную для него литературу.

- Тренировки навыков релаксации.

Релаксация – наиболее эффективный и естественный путь снятия психоэмоционального напряжения. Существует множество методик релаксации. Например, можно предложить следующие – см. ПРИЛОЖЕНИЕ 4 и 7(цит. по [1]).

- Непрерывный мониторинг паники или ведение дневника самонаблюдения.

Пациентам предлагается, чтобы они постоянно контролировали ПА и делали запись тревожащих мыслей, используя метод *«ведения ежедневного дневника».*

При этом пациенты информируются, что это поможет им:

1. оценить частоту и характер их ПА
2. понять отношения симптомов паники к внутренним стимулам (например, эмоциям) и к внешним стимулам (например, веществам).

Ведение дневника можно предложить следующим образом:

время	ситуация	ощущения	эмоции	как справился с проблемной ситуацией или ПА

- Обучение респираторным техникам совладания с пароксизмальной тревогой

Хроническая и острая формы гипервентиляции с сопутствующими телесными ощущениями - одно из клинических проявлений ПР. Кларк (1985) предложил когнитивную модель, которая объясняет порочный круг, состоящий из когнитивных процессов, гипервентиляции и внутренних или внешних пусковых событий [4, 8, 10]. Контроль за дыхательной функцией был предложен в качестве основного фактора лечения ПР.

Обучение пациента навыкам контроля за нарастающей паникой с помощью избегания гипервентиляции включает следующие стадии:

1. у пациента непосредственно на сеансе вызывается ПА (например, гипервентиляцией) и эта процедура (произвольно вызванная гипервентиляция) позволяет пациенту осознать сходство между паническими приступами и этим типом дыхания;
2. затем терапевт объясняет пациенту механизм панического приступа как следствия гипервентиляции;
3. пациент обучается замедлению дыхания до 8-10 респираторных циклов в минуту, либо дыханию в бумажный пакет, либо дыханию «через соломинку»;
4. затем проводятся специальные пробы, в которых произвольная гипервентиляция (вызывание ПА) сменяется замедленным, контролируемым дыханием;
5. пациента просят практиковать данный вид дыхания дома, и новый способ дыхания апробируется в реальных жизненных обстоятельствах как техника совладения с паникой.

Терапия требует около 10 сеансов.

- Поведенческая экспозиция, выделение стимулов и установление их иерархии (составление шкалы тревоги). Производится десенсибилизация стимулов, начиная с менее тревожащих пациента: на высоте эмоциональных переживаний воображаемой тревожной ситуации подключается релаксация, влеку-

щая за собой успокоение. За 6-10 сеансов прорабатывается вся шкала тревоги и эффект тестируется в реальной жизни, так как метод более эффективен при погружении пациента в реальные ситуации, хотя, используется погружение и в воображении, особенно в случаях, когда ситуации трудно моделировать [4, 9].

Эффективность КБТ сопоставима с медикаментозной терапией ПР и у многих пациентов результат сохраняется от 4 до 8 лет [12].

Однако:

- ✓ КБТ требует значительного времени и дисциплины со стороны пациента. Приблизительно 10-30 % пациентов не способны или не желают выполнять эти требования и лечение их гораздо менее эффективно.
- ✓ В процессе КБТ у пациентов редуцируются ситуационные ПА, тревога ожидания и поведение избегания, но она не затрагивает причины возникновения расстройства, спонтанные ПА, проработку внутреннего конфликта и других психологических проблем, что может привести к симптомам замещения.
- ✓ КБТ мало эффективна при коморбидности ПР с другими психическими расстройствами.

КБТ при ПР проводится обычно индивидуально. Длительность терапии при еженедельных сеансах составляет приблизительно 12 недель.

! При отсутствии какого либо результата терапии в течение данного периода времени необходимо пересмотреть план лечения и рассмотреть возможность назначения фармакотерапии, комбинированной терапии или применения психодинамического подхода. При эффективной терапии нацелить усилия пациента на реконструкцию выработанных за время болезни неконструктивных форм поведения в повседневной жизни.

Гипнотерапия

Идея заключается в наведении гипнотического транса и обучению в нем пациента конструктивному поведению. Это достигается благодаря управляемому об-

разному воображению (см. ПРИЛОЖЕНИЕ 8 – цит. по [1]), когда больному предлагается на первом этапе (4-5 сессии) актуализировать свой опыт позитивных переживаний (ситуации успеха, победы и т.д.). В последующем (6-12 сессии) в течение сеанса предлагается воображать ситуации в которых возникает тревога, а затем десенсибилизировать ее воображением сцен успеха, радости, силы. Происходит противообуславливание и выработка навыков управления ПА. В ряде случаев можно рекомендовать самогипноз - см. ПРИЛОЖЕНИЕ 7(цит. по [1]).

Более опытными психотерапевтами используется гипноанализ с целью выяснения истоков внутриличностного конфликта и его дальнейшей проработки. Успех лечения значимее, если в процессе работы с пациентом моделируются формы успешного поведения и личностных особенностей в будущем («образы достижения»). Эта методика относительно краткосрочна (2-4 месяца) и высокоэффективна [3].

Десенсибилизация психотравматического опыта с помощью движений глаз по Ф. Шапиро (ДПДГ)

Основные моменты процедуры

Объяснение ДПДГ

Психотерапевт рассказывает клиенту о сущности ДПДГ, исходя из его возраста, образовательного уровня и опыта:

"Когда происходит травма, она оказывается заблокированной в нервной системе с картиной первоначального травматического события, имевшими место в этот момент звуками, мыслями и чувствами. Движения глаз, которые мы используем при ДПДГ, приводят к разблокированию нервной системы, что позволяет мозгу перерабатывать травматический опыт. Может быть, подобный процесс происходит во время БДГ-сна - той фазы сна, когда мы видим сновидения, когда возникающие спонтанно движения глаз помогают переработать бессознательный материал. Важно помнить, что ваши

собственный мозг вызывает процесс исцеления и только вы сами можете контролировать этот процесс".

Конкретные инструкции: *"Нам необходимо высвободить ваши переживания. Мне нужно получать от вас точную информацию о происходящем, как можно более точную обратную связь. Иногда что-то будет изменяться, иногда - нет. Я буду спрашивать, как бы вы оценили свои чувства в баллах, от 0 до 10; иногда эти чувства будут изменяться, а иногда не будут. Я могу спрашивать, проявляется ли у вас что-то еще, - иногда это действительно будет происходить, а иногда нет. В этом процессе не должно быть никаких «я предполагаю...» - просто давайте обратную связь так точно, как будете способны, в отношении всего происходящего, ничего не оценивая. Пусть происходит все, что происходит. Мы будем выполнять движения глаз недолго, а потом мы обсудим происшедшее".*

Сигнал "стоп": *«Если в любой момент вы захотите остановить процесс, просто поднимите руку».*

Установление необходимой дистанции: *"Является ли такое расстояние от моей руки до вашего лица и скорость движения глаз удобными для вас?".* Врач производит движения рукой в горизонтальной плоскости на расстоянии 50-70 см. 24- 36 раз за один цикл.

Предъявленная проблема: *"С каким из воспоминаний вы хотели бы поработать сегодня?"*

Образ: *"Какая картина представляет наиболее неприятную часть травматического события?"*

Отрицательное самопредставление: *"Какие слова более всего со-*

ответствуют картине события и выражают ваше представление о себе?"

Пусть клиент выскажет свои мысли в настоящем времени с использованием местоимения "Я". Это должно быть существующее в настоящий момент отрицательное убеждение в отношении самого себя. Перечень положительных и отрицательных представлений (см. ПРИЛОЖЕНИЕ 9).

Положительное самопредставление: *"Когда вы вызываете картину травматического события, какие представления о себе вам хотелось бы иметь?"*

Необходимо, чтобы клиент выразил положительное самопредставление, желательное для него в настоящий момент.

Соответствие представления (только для положительного самопредставления):

"Когда вы думаете об этой картине, насколько истинным кажется вам положительное самопредставление - в баллах от 1 до 7, где 1 - полностью не соответствует, а 7 - полностью соответствует?"

Эмоции (чувства): *"Какие чувства вы испытываете, когда у вас возникает воспоминание о травматическом событии и слова, соответствующие отрицательному самопредставлению?"*

Шкала субъективных единиц беспокойства: *"Насколько сильно у вас сейчас беспокойство - в баллах от 0 до 10), где 0 - полное отсутствие беспокойства, а 10 наиболее сильное беспокойство, которое вы могли бы представить?"*

Локализация ощущений в теле: *"Где в теле вы ощущаете это беспокойство?"*

Десенсибилизация: *"Когда у вас возникает картина события вместе со словами, относящимися к отрицательному самопредставлению (психотерапевт повторяет эти слова, соответствующие отрицательному самопредставлению), следите за моими пальцами и отмечайте ощущения, возникающие у вас в теле".*

1. Медленно начните движения глаз. Увеличивайте их скорость, если движения не вызывают дискомфорта у клиента.
2. Примерно через каждые 12 минут или же при возникновении явных изменений, говорите клиенту слова: *«Это оно. Хорошо. Да, это оно».*
3. Полезно говорить клиенту следующие слова (особенно в том случае, если началось отреагирование): *«Да, это оно. Но все это события, происходившие давно. Просто отмечайте происходящее».* Можно использовать метафору с набирающим скорость поездом.
4. После серии движений глаз говорите клиенту: *"А теперь забудьте все это"* и (или) *"Пусть происходит все, что происходит. Сделайте глубокий вдох и выдох"*.
5. Спросите у клиента: *"Что вы сейчас чувствуете?"* или *"Что вы сейчас отмечаете?"*
6. Если клиент сообщает о выполнении движений глаз, скажите ему: *"Продолжайте это"* (не повторяя слов самого клиента). Клиент должен сообщить о снижении уровня беспокойства до 0 или 1 по Шкале субъективных единиц беспокойства. Только после этого можно переходить к стадии инсталляции.

Инсталляция положительного самопредставления (связывает желаемое положительное самопредставление с первоначальным воспоминанием или образом).

1. *«Остаются ли уместными слова (повторяет положительное самопредставление) или вы чувствуете, что более подходящим является*

другое положительное высказывание?»

2. *«Думайте о первоначальном травматическом событии и об этих словах (повторяет положительное самопредставление). Насколько истинными вам кажутся сейчас эти слова, от 1 - полностью не соответствуют, до 7 - полностью истинны?»*
3. *«Удерживайте вместе картину события и положительное представление».* Проведите для клиента серию движений глаз. После серии движений врач говорит: *«Очень хорошо... А теперь насколько истинным, в баллах от 1 до 7, кажутся вам слова положительного представления, если вы думаете о травматическом событии?»*
4. Измеряйте степень соответствия представления после каждой серии движений глаз для его усиления и продолжайте делать это до тех пор, пока степень соответствия представления перестанет увеличиваться. Затем переходите к сканированию тела.
5. Если клиент постоянно сообщает о степени соответствия в 6 баллов или о более низкой оценке, проверьте представление на уместность и обратитесь к возможным блокирующим убеждениям (при необходимости), проводя дополнительную переработку.

Сканирование тела: *"Закройте глаза, сосредоточьтесь на травматическом событии и на положительном самопредставлении, а затем мысленно сканируйте свое тело. Сообщайте мне обо всем, что вы почувствуете".* Если клиент не говорит ни о каких ощущениях, проведите серию движений глаз. Если после этого возникают позитивные и комфортные ощущения, проведите дополнительную серию движений для усиления положительных чувств и скажите: *«Очень хорошо...»*. Если клиент сообщает о чувстве дискомфорта, перерабатывайте его до тех пор, пока дискомфорт не снизится.

Завершение (обсуждение переживаний): *"Переработка, которую мы сделали сегодня, может продолжаться и после психотерапевтического сеанса. Вы можете отмечать (а можете и не отмечать) появление новых дога-*

док, озарений, мыслей, воспоминаний или сновидений. Если нечто подобное будет возникать, просто отмечайте то, что вы переживаете. Сделайте как бы моментальный снимок в памяти того, что вы видите, чувствуете, думаете, и того фактора, который вызвал все это. Запишите все это в свой дневник. Мы поработаем над этим материалом в следующий раз. Если будет необходимо, звоните мне".

Психодинамическая терапия.

Пациентам, резистентным к фармакотерапии или КБТ и/или при рецидиве расстройства, рекомендуется **психодинамическая терапия**.

Данный подход основан на концепциях классического и современного психоанализа. Согласно этим теориям - симптомы следуют из ментальных процессов, которые могут быть вне сознания пациента и объяснение их приводит к освобождению от симптомов. В ходе психотерапии успешное эмоциональное и когнитивное понимание различных элементов психического конфликта и реинтеграция этих элементов более реалистичным и адаптивным способом может вести к исчезновению симптомов и к меньшему количеству рецидивов.

В отличие от психоанализа, который с его требованиями и правилами возможен не для всех пациентов, психодинамическая терапия предполагает работу с определенным комплексом (или локусом), который актуален у пациента при обращении. Это терапия, основанная на принципах и теориях классического и современного психоанализа, с видоизменённой аналитической рамкой (сеттингом).

В процессе психодинамической терапии психотерапевт совместно с пациентом анализируют и прорабатывают бессознательные конфликты пациента, аффективно-инстинктивные импульсы, механизмы защиты, реакции переноса и контрпереноса.

Психотерапия обычно проводится индивидуально с частотой сеансов первые 2-3 месяца в среднем 2 раза в неделю, затем - 1 раз в неделю и в после-

дующем 1 раз в 2 недели. Длительность сеанса в среднем составляет 45-50 минут.

Для успешной терапии пациентов с ПР необходима достаточно продолжительная психотерапия (от 20 до 50 сессий), особенно в случаях с многолетне выработанными деструктивными формами поведения (избегание и др.).

Одним из методов краткосрочной психодинамической психотерапии является **кататимно - иммагинативная психотерапия**, или *эмоционально-обусловленное переживание образов, или символдрама, или метод «сновидений наяву»*. *Katathym-imaginative Psychotherapie* (в немецкоязычных странах) и *Guided Affective Imagery* (в англоязычных странах) — это метод глубинно-психологически, личностно-ориентированной психотерапии, основанный на использовании воображения [6, 11].

Метод разработан в ходе долгих экспериментальных исследований известным немецким психотерапевтом профессором Ханскарлом Лейнером в 1948-1954 г.г. [6].

Концептуальную основу метода составляют:

- теории классического и современного психоанализа,
- аналитическая психология К.Г. Юнга.

Метафорически символдраму можно представить как «*психоанализ при помощи образов*».

Противопоказания к применению [11]:

- психотические расстройства в любой форме,
- органические психические расстройства (синдром органического поражения головного мозга),
- умственная отсталость,
- отсутствие мотивации к психотерапии.

Психотерапия может проводиться как индивидуально, так и в групповой

форме.

С технической точки зрения метод можно представить следующим образом:

На одном из первых сеансов, после сбора анамнеза (или аналитически-ориентированного интервью) и заключения психотерапевтического контракта, пациенту, лежащему с закрытыми глазами в состоянии расслабления на кушетке или сидящему в удобном кресле предлагается представить образы на заданную психотерапевтом тему (мотив) – *имагинации* (ПРИЛОЖЕНИЕ 10).

Свободное фантазирование в форме образов – это основа метода. Представляя образы, пациент может как визуализировать их, так и просто представлять мысленно. Пациент рассказывает о своих переживаниях сидящему рядом психотерапевту, который как бы «сопровождает» пациента в его образах и, если необходимо, направляет их течение в соответствии со стратегией лечения [11].

Психотерапевт может оказывать влияние на образное фантазирование пациента и структурировать *сновидения наяву* в соответствии со специально разработанными правилами. Сопровождение психотерапевта имеет особо важное значение в методе символдрамы. Психотерапевт выполняет при этом следующие функции:

- *сопровождающую,*
- *контролирующую,*
- *в некоторых случаях направляющую.*

Метод символдрамы хорошо структурирован. Структура сеанса обычно состоит из 4 частей:

1. предварительная беседа (15-20 минут),
2. упражнения на релаксацию лежа на кушетке или удобно сидя в кресле (1-5 минут),
3. собственное представление образа (около 20 минут),

4. последующее обсуждение (5-10 минут).

Основное *правило* психотерапии - вызвать эмоцию, вербализовать её и затем проработать (Durcharbeiten). Проработка происходит не одномоментно, а на протяжении длительного курса психотерапии:

1. непосредственно во время представления образов происходит вербализация эмоционального содержания,
2. в процессе выполнения пациентом домашнего задания, когда он уже дома письменно описывает в дневнике происходящее в образе и рисует;
3. На следующем сеансе при проработке образа предыдущего сеанса.

В методе символдрамы разработано множество мотивов, позволяющих:

- достичь управляемой регрессии на определенные этапы психосексуального развития, управляемой регрессии к травмирующей ситуации;
- достичь управляемой регрессии в фазу, предшествующую травме, и получить ресурсную подпитку - удовлетворение архаических потребностей (нарциссических и оральных);
- прорабатывать определенные конфликты пациента.

Особенность метода *символдрамы* – это работа с рисунком пациента.

Благодаря этому инструменту и некоторым другим принципам психотерапевтической работы символдрама близка к глубинной психологии К.Г. Юнга.

Этот метод эффективен в работе с пациентами, испытывающими трудности в выражении своих эмоций и переживаний на вербальном уровне, пациентами с психосоматическими расстройствами и психосоматическими реакциями (ПА) [10, 11]. При работе с пациентами с ПР необходимо помнить и использовать те же принципы, как и в психотерапии при психосоматических заболеваниях:

1. у многих пациентов с ПР нарушена важнейшая функция символаобразования и нет достаточной рефлексии своего эмоционального состояния, поэтому в работе с ними не может быть использованы вербальные техники (в

частности, классический психоанализ). Необходимое аналитическое *правило абстиненции* может восприниматься как недостаточное внимание и теплота в отношениях с психотерапевтом. Наиболее эффективны невербальные и полувербальные психотерапевтические техники (например, работа с рисунком и др.)

2. Психотерапия должна иметь **поддерживающий** характер (*анаклитическая терапия по Рене Шпитцу*). Психотерапевт поддерживает пациента, помогает ему, хвалит, укрепляет его веру в себя и повышает самооценку, что способствует «нарциссической подпитке» пациента. Пациент как бы получает ту «первичную любовь» по М. Балингу, которую он «недополучил» в самом раннем детстве.
3. В начале терапии следует избегать конфликтных элементов.
4. Вербальные интеракции (интерпретации) будут эффективны и их можно подключать только на последующих этапах лечения, когда у пациента уже достаточно дифференцируется структура «Я» и разовьется способность к символобразованию.
5. Особенно важно научить пациента переживать и выражать свои агрессивные чувства. При этом необходимо учитывать, что в процессе психотерапии пациент может не справляться с освобождаемыми аффектами (в частности, с агрессией) и часто в процессе терапии возникает усиление тревоги, ухудшение самочувствия, развивается депрессия. Г. Г. Куттер сравнивает это состояние с ситуацией, когда *«разбудили спящих собак, которые начали лаять и кусаться»*.

На начальных этапах лечения психотерапевтическое воздействие должно быть направлено на удовлетворение архаических потребностей (прежде всего, нарциссических и оральных) – т.н. **«контролируемая регрессия»**. Как правило, на начальных этапах психотерапевтической работы с пациентом психотерапевт задает некоторые определенные мотивы представления образов. Эти мотивы наименее конфликтны для пациента. Основные режиссерские принципы на данном этапе – это *«примирение»* и *«кормление»*.

Таким образом, на первых 10 сеансах задаются базовые мотивы символдрамы на удовлетворение архаических потребностей (для ресурсной подпитки) – см. ПРИЛОЖЕНИЕ 10.

Лишь после этих мотивов можно предлагать пациенту с ПР мотивы на проработку конфликтов, особенно на проработку подавленной агрессии (см. ПРИЛОЖЕНИЕ 10).

Эффективность этого метода практически и научно подтверждена в многочисленных исследованиях [11].

Семейная психотерапия.

Независимо от методики лечения часто бывает полезно привлечь к терапии членов семьи и значимых близких пациента. Во многих случаях состояние пациента с ПР не понимается членами семьи, они часто обвиняют пациента в манипулировании или даже во враждебности. Обучение членов семьи, получение их помощи и поддержки важно для успешной терапии, особенно, на начальном этапе. Семейная терапия может использоваться одновременно с психотерапевтическим и фармакологическим лечением ПР. Это обеспечивает необходимую окружающую среду для улучшения и помогает решать межличностные проблемы пациента, которые, возможно, возникли вследствие ПА и поведения избегания.

7.3 Комбинированная терапия

Преимущества использования комбинированной терапии (фармакотерапии и психотерапии одновременно) следующие:

1. методы действуют на разные механизмы возникновения расстройства и, как правило, действие этих методов потенцируется.
2. При выраженной симптоматике быстрое фармакологическое купирование симптомов формирует доверие пациента к врачу, что способствует эффективности дальнейшей психотерапии.

3. При выраженной симптоматике, коморбидности панического расстройства с другими психическими расстройствами, часто психотерапия возможна только после применения фармакотерапии.
4. Благодаря психотерапии увеличивается вероятность того, что пациент будет точно следовать советам и предписаниям врача по приёму медикаментов и более терпимо перенесет побочные действия лекарств.
5. Психотерапия способна облегчить отмену бензодиазепинов, что предупреждает развитие медикаментозной зависимости.
6. Психотерапия способна улучшить отдаленный результат в плане предотвращения рецидивов у пациентов с ПР.

Недостатки применения комбинированного подхода (фармакотерапии и психотерапии одновременно) следующие:

1. *Слишком большая концентрация на приеме медикаментов* затрудняет развитие рефлексии у пациента и снижает принятие ответственности за своё состояние на себя (психотерапевт становится т.н. «спасителем» для пациента);
2. *Слишком быстрая редукция симптомов*
 - мешает проведению экспозиции при КБТ,
 - уменьшает внутреннее напряжение у пациента, необходимое для психотерапевтической динамики.

Таким образом, потенциальные преимущества комбинированной терапии должны быть оценены с учетом потенциальных рисков.

8. ОБЩИЕ ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ могут быть суммированы следующим образом:

Для врачей общей практики.

Для диагностики ПР в общесоматической практике мы рекомендуем использование специальных опросников, позволяющих оценить частоту и структуру (типичность) ПВП, субъективно определяемую тяжесть приступа и в це-

лом состояния у пациента, выраженность и качество эмоционального компонента приступа - *Структурированный опросник описания ПВП* (ПРИЛОЖЕНИЕ 2) — заполняется пациентом.

При оценке состояния пациента врачу общей практики необходимо дифференцировать ПР от других психических и соматических расстройств, которые также могут иметь симптомы паники. Если диагноз ПР установлен, мы рекомендуем врачу общей практики информировать пациента о наличии у него данного расстройства, подробно рассказать ему о данной патологии, назвать и объяснить механизмы возникновения симптоматики (например, гипервентиляции и сопутствующих ей симптомов и ощущений у пациента), а затем направить пациента к психиатру или психотерапевту.

Для психиатров.

Рекомендации по диагностике ПР и по первичной консультации пациента с ПР могут быть те же, что и для врачей общей практики.

При выборе и назначении лечения необходимо оценить тяжесть и длительность расстройства, а также особенности психопатологической картины расстройства и психологические особенности пациента.

При ранней диагностике данной патологии и отсутствии в клинической картине выраженной сенесто-ипохондрической симптоматики и длительных ПВП (представленность, выраженность сенесто-ипохондрии и длительных ПВП в клинической картине свидетельствует о нарастании тяжести расстройства и тенденции к хроническому течению заболевания), пациенту можно рекомендовать монотерапию ГАД или альпразоламом. При этом необходимо учитывать:

- ✓ для успешной терапии альпразоламом необходима длительная фармакотерапия (в среднем 11-15 недель) при средней терапевтической дозе препарата — 2 - 2,5 мг;
- ✓ для успешной терапии ГАД необходима длительная фармакотерапия (не менее 16 - 21 недель) при средней терапевтической дозе препарата 100-

125 мг для кломипрамина, 75-100 мг — для amitриптилина.

При назначении ТАД необходимо учитывать, что пациенты с ПР проявляют повышенную чувствительность к телесным ощущениям вообще, они сверх насторожены и сверхчувствительны в отношении побочных эффектов фармакотерапии. Поэтому многие пациенты при появлении побочных эффектов сразу же прекращают прием препарата и только немногие из них переносят высокие дозы препаратов.

Для предотвращения преждевременного отказа от терапии ТАД необходимо подробно рассказать пациенту обо всех побочных действиях ТАД и предупредить, что в начале терапии тревожная симптоматика может на какое-то время усилиться, а терапевтический эффект следует ожидать только через 4-8, а иногда и через 12 недель.

Мы рекомендуем направлять пациента к психотерапевту для прохождения курса психотерапии при:

- ⇒ выраженной сенесто-ипохондрической симптоматике в клинической картине расстройства,
- ⇒ выраженном алекситимическом радикале*,
- ⇒ при рецидиве расстройства,
- ⇒ при коморбидности ПР с другими психическими расстройствами,
- ⇒ при отказе от фармакотерапии из-за побочных действий ТАД,
- ⇒ при наличии риска развития аддиктивных расстройств (например, пациент длительное время принимает бензодиазепины или среди близких его родственников есть случаи зависимости от психоактивных веществ),
- ⇒ при выраженном синдроме отмены альпразолама

Комбинированная терапия в подобных случаях будет более эффективна.

Для психотерапевтов.

Все вышеизложенные практические рекомендации можно соотнести и к психотерапевтам.

В психотерапии больных с ПР мы рекомендуем использование интегративного подхода. На первом этапе лечения необходимо использование элементов КБТ, таких как информирование пациента о ПР, обучение навыкам релаксации, ведение дневника наблюдения, переобучение дыханию по Кларку,

***Примечание.** «Алекситимия» — неспособность {a-} воспринимать и называть словом (*lexis*) чувства (*thymos*).

Алекситимия буквально обозначает: «без слов для чувств» (или в близком переводе — «нет слов» для названия чувств»).

когнитивное реструктурирование, поведенческая экспозиция. На данном этапе терапия главным образом фокусируется на симптоме.

Следующий этап терапии — глубинно-ориентированный (психодинамическая и другие виды терапии).

Для успешной терапии пациентов с ПР необходима продолжительная психотерапия (в среднем 20 - 40 недель) при среднем количестве сеансов психотерапии от 20 до 40.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

ПР	паническое расстройство
ПВП	психовегетативный пароксизм
ПА	паническая атака
МКБ – 10	Международная классификация болезней, 10 – пересмотр
ТАД	трициклические антидепрессанты
СИОЗС	селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
КБТ	когнитивно-бихевиоральная терапия
ДПДГ	Десенсибилизация психотравматического опыта с помощью движений глаз

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Структурированный опросник описания ПВП

(психовегетативных пароксизмов)

Во время, по меньшей мере, одного приступа возникли некоторые из следующих симптомов

(Отмечайте только один ответ на каждый вопрос)

0. Нет 1. Немного 2. Умеренно 3. Довольно 4. Крайне сильно

0. 1. 2. 3. 4.

1. Одышка, ощущение нехватки воздуха.

2. Головокружение, ощущение неустойчивости или дурнота.

3. Сердцебиение или ускорение сердечного ритма.

4. Дрожь (тремор).

5. Потливость.

6. Удушье.

7. Ощущение того, что всё окружающее становится странным, не реальным, туманным или отстранённым; ощущение, что всё плывёт, «нахожусь вне тела».

8. Тошнота или неприятные ощущения в животе.

9. Ощущения онемения или покалывания.

10. Жар (приливы жара) или озноб.

11. Боль или неудобство в груди.

12. Страх смерти или то, что сейчас может произойти что-то ужасное.

13 . Страх сойти с ума или потерять самообладание.

Во время приступа иногда или всегда возникали некоторые из следующих симптомов:

0. 1. 2. 3. 4.

1. Ощущение кома в горле.

2. Ощущение слабости в руке или ноге.

3. Нарушение зрения или слуха.

4. Нарушение походки.

5. Нарушение речи или голоса.

6. Утрата сознания.

7. Ощущение, что тело выгибается.

8. Судороги в руках или ногах.

9. Агрессия.

10. Повторяющиеся и неотступные представления, мысли, импульсы или образы, которые кажутся тягостными, противными, бессмысленными или отталкивающими.

Как Вы сами считаете, что с вами происходит?

Что это такое? К каким заболеваниям (каких органов или систем) относится? _____

Как Вы оцениваете по тяжести своё состояние?

0. Хорошее 1. Удовлетворительное 2. Средней степени тяжести 3. Тяжёлое 4. Крайне тяжёлое

Ф.И.О. _____

Дата _____

Интерпретацию опросника см. на стр. 3

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Заболевания, которые могут вызывать состояния, подобные ПА следующие:

- **психические и неврологические** - шизофрения, аффективные расстройства, эпилепсия, органические заболевания центральной нервной системы (ЦНС), включая такие диагнозы как последствия перенесенной черепно-мозговой травмы с грубой неврологической очаговой симптоматикой, органическое поражение ЦНС сосудистого генеза, хорея Гентингтона, болезнь Меньера, рассеянный склероз, транзиторные ишемические приступы, опухоли, болезнь Вильсона; психические расстройства вследствие употребления психоактивных веществ;
- **соматические:**
 - *сердечно-сосудистые* — анемия, стенокардия, застойные явления, связанные с сердечной недостаточностью, гипертензия, инфаркт миокарда, парадоксальная тахикардия предсердий;
 - *легочные* — бронхиальная астма, легочная эмболия;
 - *эндокринные* — аддисонова болезнь, синдром Кушинга, диабет, гипертиреоз, гипогликемия, менопауза, феохромоцитома, предменструальный синдром;
 - *интоксикационные* — фенамином, амилнитритом, антихолинэргическими веществами, кокаином, галлюциногенами, марихуаной, никотином, теофилином;
 - *другие* — дефицит витамина В₁₂, нарушения электролитов, отравления ядами тяжелых металлов, частые инфекции, системная красная волчанка, артериит височных артерий, уремия.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ДОЗЫ ПРЕПАРАТОВ

ТАБЛИЦА 1

Препарат	Суточные дозы Начальная Внутри, мг.	Суточные дозы Средне терапевтиче- ская Внутри, мг.	Суточные дозы предельно- допустимая Вн., мг.
Имипрамин	10-25	100-150	150-300
Амитриптилин	10-25	50-150	150-300
Кломипрамин	10-25	90-150	150-200
Флюоксетин	10-20	20	40-80
Флювоксамин (<i>фе-</i>	50-100	150	200-300
Сертралин	10-20	50-100	100-200
Пароксетин (<i>рексетин</i>)	10	40-50	60
Альпразолам	0,25	3-5	6-10
Клоназепам	0,5	1-2	4
Карбамазепин	50	400-600	1200
Атенолол	12,5 - 25	25- 50	50

ПРИЛОЖЕНИЕ 5**Побочные действия трициклических антидепрессантов (ТАД)**

Вегетативные / антихолинэргические	сухость во рту, потливость, запоры, расстройства мочеиспускания и аккомодации, <i>иногда</i> : задержка мочи, кишечная непроходимость, приступы глаукомы
Неврологические	тремор, дизартрия, <i>иногда</i> (при больших дозах): дискинезия, церебральные судороги
Сердечно-сосудистые	тахикардия, гипотония, головокружение, <i>сердце</i> : нарушения проводимости (расширение PQ/QRS), <i>иногда</i> : нарушение картины крови.
Психические	беспокойство или усталость, усиление суицидальных тенденций, <i>иногда</i> : провокация (шизофреноподобных) продуктивных симптомов, развитие мании, состояние спутанности, бред
Эндокринные	прибавка в весе, снижение полового влечения и потенции, аменорея
Кожно-аллергические	отеки, экзантемы

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

«Пожалуйста, располагайтесь в приготовленном для Вас кресле. Устраивайтесь, пожалуйста, поудобнее. Постарайтесь выбрать такую позу, чтобы сидеть расслабленно. Вам, может быть, будет легче это сделать, если Вы представите себе, что собираетесь здесь немного подремать. Итак, Вы расслабившись, сидите (лежите) теперь в кресле (на кушетке) как можно более удобно. Закройте, пожалуйста, глаза. Лучше всего представьте себе, что Вам теперь хотелось бы немного отдохнуть и вздремнуть. Все, что беспокоило Вас до этого, становится теперь безразличным. Предайтесь теперь, пожалуйста, целиком этому спокойному, расслабленному состоянию. Начните с мышц плеч. Обратите свое внимание и расслабьте каждый мускул плеч, освободите от напряжения и расслабьте каждую мышцу плеч. - Чувство расслабления почувствуйте теперь в верхней части рук, освободите и здесь каждую мышцу, чтобы руки постепенно стали совершенно расслабленными и повисшими. - Продвигайтесь дальше к мышцам ниже локтя. Пусть и здесь каждый мускул предплечья; расслабляется, становится совершенно свободным, бессильно провисает вплоть до кончиков пальцев; расслабьте и освободите их; расслабьте каждый мускул Ваших рук. - Руки постепенно становятся слабыми, усталыми, а потом - постепенно тяжелеют. - Пусть Ваши руки лежат такие усталые и слабые, - И затем переходите, пожалуйста, к бедрам. Особенно расслабьте каждый мускул, пусть Ваши бедра станут свободными и расслабленными. Освободите, расслабьте каждый мускул бедер. - Постепенно переходите также к голеним, сосредоточьте на этом Ваше внимание и расслабьте здесь также каждую мышцу. Расслабьте, освободите, снимите напряжение с каждого мышечного волокна голени. - Наконец, обе ноги лежат свободно и расслабленно, совершенно свободно и расслабленно, и становятся - усталыми. Вы медленно чувствуете, как все тело становится приятно расслабленным и свободным от напряжения, потому что Вы расслабили все мышцы. Обратите теперь постепенно внимание на дыхание; живот при этом поднимается и опускается. Попробуйте понаблюдать, как он поднимается и опускается, и пусть Ваше дыхание легко и раскованно проникает туда, - По вашему телу постепенно распространяется приятный покой и расслабленность. - И голова может спокойно немного вздремнуть, предайтесь этому состоянию, отдайтесь ему".

Голос и интонации должны при этом быть естественными, но все же подчеркнута спокойными, медленными, немного монотонными и не слишком громкими, они должны иметь успокаивающий характер. По возможности каждое слово должно преподноситься несколько подчеркнута сонорным, звучным голосом, при четком и ясном проговаривании. На месте тире предполагаются паузы, которые дают пациенту возможность целиком сконцентрироваться на названных частях тела. Фразы в тексте, конечно, могут в некоторых местах неоднократно повторяться, и тем самым процедура может растягиваться во времени.

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

цит. по Брайн М. Алман и Питер Т. Ламбру [1]

Постепенное расслаблениеСценарий сеанса*Ноги и ступни:*

Вначале я ощущаю напряжение в ступнях. Я вытягиваю их вперед и задерживаю напряжение на 10—12 секунд. Вытянув ступни, я сжимаю пальцы ног как можно сильнее, сохраняя напряжение.

В это время я вспоминаю, как много ходьбы досталось мне за сегодняшний день... Весь день на ногах... Сейчас я сброшу напряжение и дам им отдохнуть.

Я глубоко вдыхаю... чтобы еще больше расслабиться... и вот я уже чувствую, насколько спокойнее мое состояние... Оно позволяет мне еще больше расслабиться. Я снова вытягиваю ступни, задерживаю напряжение... ощущаю его... Распрямляю пальцы, пятки выдвинуты вперед... Мое внимание сосредоточено на этой части тела, которая служит мне верной опорой... Я поддерживаю напряжение... Мышцы ступней напряжены.

Сейчас я расслабляю мышцы, и ступням делается так легко и приятно... Я делаю медленный выдох... и с ним уходит напряжение. Мое ощущение расслабления усиливается еще и тем, что я решился(-лась) и встал(-а) на путь, который изменит меня и позволит давать себе установки на постепенные изменения в течение дня, в течение недели.

Сейчас займемся икроножными мышцами. Вот я их сокращаю и плотно прижимаю ноги одну к другой. В них словно сосредоточилось все мое накопившееся за день напряжение. Одновременно я делаю глубокий вдох и задерживаю дыхание. Я понимаю, что мои икроножные мышцы много поработали для меня. Теперь я делаю выдох... и снимаю напряжение в мышцах вместе с выдохом.

Я поднимаю ступни вверх, поджимаю пальцы, и икроножные мышцы снова сокращаются... Я задерживаю это напряжение... и одновременно делаю глубокий вдох. Я чувствую напряжение, накопившееся в икрах ног.

Теперь я делаю выдох и расслабляю мышцы. В это время... я могу изменить свою позу, чтобы сесть поудобнее.

Сейчас я перевожу внимание на мышцы бедер, самые крупные во всем теле. Я потянусь... и почувствую, как сократились мышцы верхней части ног... Я ощущаю, как они принимают на себя основной вес тела. Делаю глубокий вдох... задерживаю дыхание... ощущаю, как накапливается напряжение в мышцах бедер.

Чувствую напряжение... и в левой и в правой стороне сразу. Задержу его еще немного, чтобы полнее ощутить... Можно теперь и расслабиться... Делаю медленный выдох... расслабляю мышцы бедер и вместе с выдохом... освобождаюсь от напряжения и стресса.

Чем больше расслабляется нижняя часть тела, тем удобнее и приятнее я себя чувствую.

Спина, живот, грудь:

Теперь займусь расслаблением брюшного пресса и нижней части спины. Втягиваю живот и держу его в напряженном состоянии. Сколько нагрузки приходится выдерживать моему животу и желудку. Пусть еще немного потерпят, пока я сохраняю напряжение... подтяну посильнее живот... Пусть мышцы еще больше сократятся... заодно вдохну и как следует выдохну.

Пожалуй, сделаю еще пару глубоких вдохов и выдохов. Будет полезно для этой части тела. Теперь снова... втягиваю живот и ягодицы... Весь сосредоточен(-а) на этом упражнении, чтобы полнее ощутить напряжение... Задерживаю его... чувствую, как напряжены мышцы... Напряжены до предела.

Теперь можно расслабиться... Делаю глубокий вдох и медленный выдох... расслабляюсь... Мне все спокойнее... и приятнее.

Это замечательный способ позаботиться о своем здоровье. Он уже помог десяткам тысяч людей во всем свете. Методика, которая мне сейчас помогает, очень эффективна. Она будет надежно мне служить, когда бы я ею ни воспользовался (-лась) во время сеанса... и после сеанса тоже.

Теперь займемся средней частью спины и грудной клеткой. Попробую напрячь лопатки... С силой упрусь лопатками в спинку стула... Моя спина напря-

жена... я это ощущаю.

Только я знаю, как много всего легло на мои плечи за последнее время... Делаю глубокий, размеренный вдох... и вместе с воздухом выдыхаю напряжение... я все полнее расслабляюсь.

Снова напрягаю мышцы спины... Задерживаю напряжение... Чувствую, как оно нарастает... Проходит 10—12 секунд... И снова глубокое, спокойное дыхание. Я уже гораздо спокойнее... Мне так удобно... так приятно... Я уже на пороге транса... и готов (-а) откликнуться на внушения, которые свершат во мне задуманные перемены.

Руки и кисти:

Теперь перейду к рукам. Одновременно сожму пальцы обеих рук в кулаки. Напряжение сохраняется... Я все крепче сжимаю пальцы, удерживая напряжение... глубокое, размеренное дыхание... вот я его задерживаю... я держу в руках ход своей жизни. Из всех сил я сжимаю кулаки... Чувствую, как сильно напряжение... Сжимаю сколько есть сил.

Вот я постепенно разжимаю пальцы... Раскрываю ладони... Медленно выдыхаю, разводя пальцы в стороны. Я чувствую в них легкое покалывание... Кажется, они слегка похолодели... Но в руках такое приятное ощущение.

Вот я снова крепко сжимаю пальцы... Я все держу в своих руках... ощущаю напряжение... Словно все накопившееся в организме

напряжение сосредоточилось в кулаках. Эта ценная методика запомнится мне на недели... на месяцы... и даже на годы вперед. Я вдыхаю, и напряжение нарастает... Я это чувствую... удерживаю его... На нем сфокусировано все мое внимание.

Сейчас я могу сделать выдох и разжать пальцы... Чувствую, как расслабляется мое тело, словно по нему прошла теплая волна.

Затем я вытягиваю руки перед собой и напрягаю мышцы. Одновременно я вдыхаю и задерживаю и дыхание и напряжение. Чувствую сокращение бицепсов, трицепсов и других мышц... удерживаю в них напряжение. Я все это так живо осознаю... верно... осознаю напряжение.

Я делаю выдох и расслабляю руки... снимаю напряжение... Пусть оно уходит от меня. По мере того, как я расслабляю руки... мне делается все спокойнее... и приятнее,

Я снова выпрямляю перед собой руки... удерживаю напряжение... Осознаю, что мне не совсем удобно... Сжимаю крепче... Считаю до десяти или двенадцати... Удерживать напряжение просто.

Теперь можно расслабиться... Я выдыхаю напряжение и стресс, и мышцы рук теряют твердость... Напряжение выходит из них.

Плечи, шея, голова:

Сейчас я сосредоточу свое внимание одновременно на верхней части спины, плечах и шее. Поднимаю плечи как можно выше, прижимаю их к шее и голове и с силой сокращаю мышцы верхней части спины и затылка. Из всех сил сжимаю мышцы верхней части тела... делаю глубокий вдох... задерживаю воздух... держу напряжение... Я весь (вся) сосредоточен(-а) на этом напряжении... собираю его в одну точку... Я знаю, что могу от него избавиться.

Делаю медленный выдох... расслабляю мышцы... Напряжение спадает... Избавляюсь от накопившегося за день стресса. Заканчивая выдох, я опускаю плечи.

Еще раз поднимаю плечи... делаю глубокий вдох... чувствую, как снова напряглись мышцы шеи и верхней части спины... Ощущаю напряжение каждой клеточкой мышечной ткани. Удерживаю напряжение... У меня часто бывают боли в области шеи, и мне хочется от них избавиться. Я перебираю в уме все, что меня тревожит... не дает мне покоя... Я все это так ясно вижу.

Сейчас я от всего избавлюсь... Делаю вдох... С ним уходит напряжение... уходит стресс... уходит боль... тревоги... проблемы. Я все больше расслабляюсь... Мне совсем хорошо... Я замечаю легкое покалывание в разных частях тела. Кажется, в пальцах ног... может, в пальцах рук. Я вижу, каким полным может быть расслабление.

Теперь я концентрирую внимание на мышцах лица. Это та часть тела, на

которую приходится значительная нагрузка, связанная с логическим и рациональным мышлением. Сначала напрягаю мышцы рта... Вот напряжение нарастает... Плотно сжимаю губы. Смыкаю челюсти... очень сильно их сжимаю... Удерживаю напряжение и одновременно делаю глубокий вдох сквозь стиснутые зубы... Задерживаю дыхание и напряжение.

Делаю вдох... высвобождая напряжение вместе с выдыхаемым воздухом... Избавляюсь от стресса... во время выдоха избавляюсь от напряжения. Теперь мой рот, которому приходится улыбаться, говорить, выражать недовольствие и смеяться... может расслабиться.

Я снова сжимаю губы... делаю глубокий вдох... стискиваю челюсти... удерживаю напряжение... Внимание сосредоточено на мышцах лица. Ощущаю напряжение... Удерживаю его на лице. Теперь выдох и расслабление.

Теперь сжимаю веки. Знаю, что и вокруг глаз много мышц, в них, как и в других частях тела, также накапливается напряжение. Я могу напрячь и расслабить глаза точно так же, как и другие части тела. Плотно закрываю глаза... ощущаю напряжение в глазах... Делаю глубокий вдох... Задерживаю дыхание... удерживаю напряжение.

Делаю выдох, и вместе с воздухом выходит напряжение. Чувствую, как по лицу расходитя расслабление, так же, как расходитя по телу тепло солнечного дня.

Затем я высоко поднимаю вверх брови... поднимаю и чувствую напряжение на лбу. Это та часть тела, которой приходится так много думать... Ощущаю напряжение лицевых мышц... делаю глубокий вдох... Задерживаю дыхание... также удерживаю напряжение.

Выпускаю воздух из легких... выпускаю напряжение... Освобождаюсь от стресса... Чувствую, как мною овладевает расслабление. Понимаю, что невозможно испытывать одновременно и напряжение и расслабление. Знаю, что чем больше я расслабляюсь..., тем меньше останется во мне напряжения. Все мое внимание отдано нарастающему напряжению, я продолжаю работать для этого... Осознаю это напряжение... Затем избавляюсь от него... Меня охватывает все

большее расслабление.

Я знаю, что, занимаясь по этой методике, я добьюсь перемен... Для этого мое тело должно расслабиться... Мое сознание остается активным... однако, я замечаю в своем организме физические изменения.

Сердце бьется медленнее... Давление крови пришло в норму... сознание и тело расслаблены в значительно большей степени, чем до начала занятий. Я замечаю, что у меня онемели пальцы... Возможно, в них даже появилось ощущение легкости или тяжести по сравнению с обычным состоянием.

Я вошел(-а) в такое состояние, когда с помощью расслабления осознаю в себе изменения... Понимаю, что могу управлять этими изменениями... своим покоем... своим напряжением... своим расслаблением. Придя к осознанию всего этого... я внушаю себе, как мне хотелось бы себя чувствовать в течение оставшегося дня.

Мое отношение к завтрашнему и остальным дням недели изменится. Я буду ощущать эти изменения как внутренний покой и расслабление — состояние, которое я испытываю сейчас... или я буду воспринимать эти изменения, словно они пришли извне, как омывающая тело теплая волна... или как прохладный ветерок, от которого покалывает в пальцах, так что они даже слегка немеют.

Я учусь владеть собой... мне хорошо... это естественное регулирование. Я могу внушить себе любые изменения, которые приблизят

меня к цели... и эти внушения будут работать... Теперь я буду внимательнее прислушиваться к себе.

[Вставляйте свои целевые установки]

В следующий раз, когда мне захочется испытать такие же ощущения... это расслабленное... здоровое состояние... я быстро смогу обрести этот душевный покой... легко вернуться в это состояние... теперь, когда я знаю дорогу... когда я узнал (-а) то ощущение, которое мне захочется вернуть снова и снова.

Теперь, всякий раз, когда мне захочется покоя... умиротворения... расслабления... мне надо только сделать глубокий... полный... спокойный вдох. Теперь у меня появилась способность расслабляться в любом месте, где я только задумаю.

Я рад (-а), что научился(-ась) этому и могу теперь добиваться положительных изменений... всегда.

Чтобы уснуть, мне теперь достаточно будет один - два раза посчитать обратно от двадцати до нуля, и с каждой цифрой я буду все глубже погружаться в сон... А если я сейчас хочу проснуться отдохнувшим(-ей), я посчитаю от единицы до десяти и с каждой цифрой буду возвращаться к обычному состоянию бодрствования. На цифре "десять" я открою глаза, потянусь, и почувствую себя свежим (-ей), словно хорошо вздремнул (-а).

1... 2... 3... 4... 5... 6... 7... 8... 9... 10.

ПРИЛОЖЕНИЕ 8

цит по Брайн М. Алман и Питер Т. Ламбру [1]

МЕТОД УПРАВЛЯЕМОГО ВООБРАЖЕНИЯ

Этот метод рекомендует использовать образное мышление, ощущения, ассоциативное видение, представлять воображаемые ситуации. Способность свободно оперировать своим воображением является мощным орудием самогипноза.

Усядьтесь поудобнее, положите руки на подлокотники, ступни на полу или на небольшой подставке, не перекидывайте ногу на ногу. Если вы носите очки, снимите их и распустите стягивающие тело детали одежды. Устройтесь поудобнее и по возможности расслабьтесь. Закройте глаза.

Сценарий сеанса

Чтобы еще больше успокоиться и расслабиться, я стану делать глубокие вдохи и выдохи, возможно, три-четыре полных, глубоких доха и выдоха. При этом я буду пристально следить за различными ощущениями, которые я почувствую во время выдоха.

Каждый вдох доставляет свежий воздух, а каждый выдох удаляет использованный. Словно работают кузнечные мехи... и внутрь... идет поток здорового воздуха. Пусть с каждым вдохом мне будет все спокойнее, так как я этого хочу... И я чувствую, как с каждым выдохом я все больше успокаиваюсь.

С каждым выдохом я избавляюсь от стресса... избавляюсь от тревог... избавляюсь от неприятностей. Так и вижу кипящий чайник вижу, как из него струей идет пар и сбавляет давление в чайнике Попробую выдыхать с присвистом... как кипящий чайник... сбавляет.. ненужное... излишнее давление и напряжение.

Чувствую, как расслабляются мышцы во всем теле. Сначала чувство расслабленности охватывает мышцы головы... лица... Теперь плечи... Спускается вдоль рук... переходит на грудь... Вот уже охватило всю спину до пояса. С каждым выдохом я выдыхаю все больше напряжения... выдыхаю свои трево-

ги... до самого конца.

Я поддерживаю естественное дыхание, спокойное и глубокое... размеренное... Одновременно я мысленно рисую лестницу, любую, какая мне нравится. Возможно, это винтовая лестница... а может быть, та, что я видел(-а) в доме у друзей... Или, скажем, лестница из какого-нибудь фильма или телевизионной программы. Вид и форма не имеют значения.

Сейчас я мысленно вообразу ее. Я ясно вижу перила, ковровую дорожку и прочие детали. Это может оказаться лестница из моего детства или вообще только сейчас придуманная мною.

У каждой лестницы есть ступени. Пусть их будет хотя бы десять. Я вижу себя у первой верхней ступеньки. Вот я стою и даже ощущаю окружающие меня запахи и звуки. Снаружи до меня долетают голоса птиц и другие звуки, люди живут своей обычной жизнью... в то самое время, когда я выделил(-а) этот отрезок времени для себя... это так естественно.

И если я слышу звук проносящегося мимо автомобиля или летящего над головой самолета... я знаю, что могу вообразить, как я упаковываю в чемодан все мое напряжение... весь мой стресс. И когда мимо проносится машина или летит самолет... я представляю, как я закидываю свой багаж в автомобиль, грузовик, поезд или самолет. И когда я слышу звук удаляющегося транспорта... я знаю, что он увез с собой мое напряжение и мой стресс.

Поэтому через мгновение, еще не сейчас, а через мгновение я начну спускаться по воображаемой лестнице. Я буду считать каждую ступеньку. Я, пожалуй, уже знаю... а, может, даже предчувствую... что по мере счета я буду все больше расслабляться... с каждым шагом мне будет все лучше.

На каждое число я считаю одну ступеньку. Чем больше ступенек, тем ниже я спущусь. Их может оказаться даже больше, чем я думал(-а). Чем ниже я спущусь, тем полнее расслаблюсь и тем приятнее мне будет.

Чувствую ли я, что мои ноги утопают в пышном ворсе ковра, опираюсь ли рукой о перила... чтобы спуск был безопасным... я все время помню о том, что я все больше расслабляюсь... с каждым шагом мне будет все лучше.

Надо подготовиться к началу счета. Вот сейчас я очень ясно вижу перед собой и ощущаю лестницу, чувствую под ногами ступеньку... я готовлюсь.

Сейчас я готов(-а) начать... с каждой ступенькой я все больше расслабляюсь, мне все лучше.

10... первая ступенька вниз по лестнице. Я приятно удивлен(-а) обнаружив, что мое напряжение стало еще слабее. В начале любого пути... и часто это самое важное... следует расслабиться.

9... вторая ступенька, я иду словно на прогулке в чудесный, ясный день. Чем дальше я иду, тем больше позади ступенек, тем полнее чувство комфортного покоя, тем дальше я от тревог и забот.

8... в этом состоянии напряжение ослабевает, а вместо него может появиться ощущение тепла или прохлады. Мне могут помочь самые различные образы: реки... поля... горы. Можно сравнить мою лестницу с одним из этих образов.

7... я могу увидеть различные цвета. Это может быть цвет лестницы или окраска стен... цвет неба или картины на стене. Цвета могут быть разные, от оттенков серого до темно-синего... не имеет значения, какой оттенок у синего, просто я знаю, что определенные цвета вызывают различные образы... различные ощущения. Серый вызывает ощущение прохладного ветерка, овевающего тело. Ярко-голубой ассоциируется с теплом падающих на меня солнечных лучей.

6... я уже прошел (-а) половину спуска. Мне видятся другие цвета. Могу увидеть оттенки зеленого, как трава на лужайке. Могу представить разнообразие оттенков красного, розового и желтого цветов. Золотистые, коричневые тона и даже черная или белая краска могут смешаться вместе... в одно цветное пятно или могут смотреться порознь. Смешаются ли краски в цветовой калейдоскоп или останутся каждая сама по себе, мне кажется, что эти цветовые образы помогают мне так расслабиться и так от всего отрешиться, как я хочу... Разноцветные радуги... лодочные паруса... картины... и даже воздушные шары. Все больше и больше расслабляюсь.

- 5... чем дальше я спускаюсь, тем полнее расслабление, мне так хорошо, я ничего не опасаюсь и знаю, что когда мне захочется еще раз пережить это ощущение, я снова смогу вернуть его. Я знаю, что могу путешествовать куда пожелаю... в будущее... или в прошлое... в цвете или без. Новое ощущение появилось в пальцах рук... Это похоже на влажную прохладу... а, может, на легкое покалывание или онемение. Может появиться ощущение онемения вокруг рта, словно лица коснулась прохладная речная вода... Это так естественно.
- 4... все больше и больше расслабляюсь.
- 3... спустился(-лась) еще ниже. Ощущаю тепло в теле, а, может, даже прохладу. Эти ощущения пронизывают меня, словно я — часть изображенного на картине или часть пейзажа... Я так живо все вижу... Все это существует только для меня.
- 2... вот я почти у цели.
- 1... я расслабился(-лась) еще больше. Полной грудью делаю глубокий вдох и чувствую себя как никогда спокойным(-ой) и расслабленным(-ой)... словно я добрался(-ась) до тихой пристани. Возможно, мне мысленно представится еще более укромное местечко.

Перед глазами могут появиться разные фигуры... круги... треугольники или квадраты. Я даже могу их раскрасить. Раскрашиваю круг или треугольник. Является ли этот круг древнейшим изображением меня самого(-ой) или поддерживающей меня опорой, действительно ли я вижу мысленным взором, как изменяются цвета и чуть-чуть формы фигур, все равно все это существует... оно здесь... под рукой... и лечит меня... уже только тем, что существует рядом со мной.

Я воспользуюсь своим мысленным взором, чтобы увидеть те перемены, которые внушаю себе. Когда я буду к этому готов (-а), я сделаю пару глубоких вдохов... и выдохов... и почувствую в теле легкость или тяжесть. Я могу заметить, как легко стало рукам... вот моя левая... а, может, правая рука становится все легче, кажется, она сейчас поплывет... как листок... в безопасности... от-

давшись на волю

природы... вот еще немного... спокойно... уверенно... Живой, расправившийся листок... в потоке.

Может показаться, что к руке привязаны воздушные шарики... наполненные гелием цветные шарики из далекого детства. Они делают мою руку почти невесомой. Кажется, она сама сейчас поднимется вверх... как воздушный шарик.

Посмотрим, могу ли я живо представить шарики. Попробую их мысленно нарисовать. Ясно вижу, какие они яркие и как потихоньку подергивают мою руку за привязанные к ней ниточки. Рука даже может слегка приподняться над коленями или подлокотником. Неважно, насколько она приподнялась. Я только понимаю, что меня охватывает блаженное чувство полного покоя и расслабления.

Буквально через пару минут... я знаю, что смогу произвести в себе изменения... положительные изменения, к которым я стремлюсь. Я почувствую, как таившаяся во мне энергия... начнет подниматься вверх и опускаться вниз, расходясь по всему телу.

[Вставьте свои целевые установки]

Через пару минут, возможно, раньше, чем я ожидаю, я испытаю чувство удовлетворения от осознания того, что я подарил (-а) себе чудесный опыт. Я знаю, что в любое время могу снова пережить это состояние покоя и самоконтроля. Достаточно сделать несколько глубоких, спокойных вдохов... и выдохов... и прибегнуть к воображению... полностью включить его в работу... или сперва частично... и вот я уже вижу перед собой лестницу, делаю несколько глубоких... спокойных вдохов... и выдохов и возвращаюсь в прежнее состояние расслабления.

С каждым сеансом мне все легче входить в это состояние. С каждым разом я все полнее расслабляюсь, все лучше ощущаю себя, и все надежнее управляю собой. Мне будет все легче входить в это состояние, потому что мне нравится чувство покоя и самоконтроля.

Если мне захочется погрузиться в сон или дремоту... если появится такое желание, я посчитаю от нуля до двадцати или тридцати. Но я могу вернуться в бодрствующее состояние, просто посчитав от нуля до пяти. По мере того, как я называю каждую цифру, я все больше пробуждаюсь, все острее воспринимаю окружающее. 0... 1... 2... 3... очень ровно и постепенно пробуждаюсь... 4... 5... глаза открылись, просыпаюсь бодрым (-ой) и свежим(-ей).

ПРИЛОЖЕНИЕ 9

Психотерапевты, работающие с ДПДГ, считают целесообразным и полезным предлагать клиентам приводимый ниже перечень положительных и отрицательных представлений. Отметим, что обычно клиенты сами могут выбрать необходимое им самопредставление либо использовать примеры как отправную точку для формулирования самопредставления, наиболее подходящего для специфики их проблем.

Перечень характерных отрицательных и положительных представлений

Перечисленные ниже основные моменты процедуры ДПДГ напоминают о тех шагах, которые полезно сделать психотерапевту во время первого сеанса.

Отрицательные представления

Я не заслуживаю любви	Я не имею никакого значения
Я плохой человек	Я разочарован
Я ужасен	Я заслуживаю лишь смерти
Я не заслуживаю уважения (я неадекватен)	Я заслуживаю лишь того, чтобы быть жалким и несчастным человеком
Я опозорен	Я не могу получить то, что хочу
Я не способен любить	Я неудачник (и у меня будут одни неудачи)
Я недостаточно хорош	Я должен быть безупречным (и уделять всем внимание)
Я достоин лишь плохих событий	Я постоянно болен
Я не могу быть надежным	Я уродлив (мое тело отвратительно)
Я не могу доверять самому себе	Я должен сделать что-то
Я не могу доверять моей оценке	Я делал что-то плохое
Я не могу достичь успеха	Я в опасности
Я не контролирую себя	Я не могу выдержать все это
Я бессилен (беспомощен)	
Я слаб	
Я не могу защитить себя	
Я тупой (я недостаточно остроумен)	

Я не могу высказать всего этого	для самого себя
Я не заслуживаю...	Я не такой, как все
Я не должен проявлять свои эмоции	Я должен узнать, как сделать лучше
Я не могу быть опорой	Я неадекватен

Положительные представления

Я заслуживаю любви	Я чувствую себя хорошо просто потому, что я есть
Я хороший (любимый) человек	Я заслуживаю жизни
Я хорош такой, как я есть	Я заслуживаю счастья
Я заслуживаю уважения	Я могу получить то, что хочу
Я уважаемый человек	Я могу преуспеть
Я способен любить	Я могу просто быть самим собой (и допускать ошибки)
Я достойный (хороший) человек	Я здоров (могу быть здоровым) Я красив (привлекателен, способен вызывать любовь)
Я достоин хороших событий	Я сделал лучшее, что мог
Я могу быть надежным	Я многому научился (могу научиться) из этого
Я могу (я научился) доверять самому себе	
Я могу доверять моей оценке	
Я могу достичь успеха	
Я контролирую себя	
Я могу сделать выбор	
Я могу (я научился) позаботиться о самом себе	Я в полной безопасности в настоящее время; все миновало
Я умный (способен обучаться)	Я могу справиться с этим
Я значимый человек	Я могу найти человека, которому можно верить
Я могу найти человека, чтобы вы-	сказать ему все это

Я заслуживаю...

Я могу без опасения проявить свои
эмоции

Я могу высказать свои потребности

Я такой, какой есть

Я делаю лучшее, что я могу (чему я
могу научиться)

Я умелый и способный человек

ПРИЛОЖЕНИЕ 10

После упражнений на релаксацию психотерапевт предлагает пациенту представить образ, на заданную психотерапевтом тему (мотив). Мотив задается пациенту в совершенно неопределенной форме.

Примерно так: *«Попробуйте, пожалуйста, представить себе какой-нибудь луг... Это может быть луг, который Вы когда-либо видели или просто луг, который рисует Ваше воображение.... Это может быть любой другой образ. Всё что Вы представите – это хорошо. Мы можем работать с любым образом....*

И если Вам что-то представляется, поделитесь, пожалуйста. Что сейчас...»

Базовые мотивы символдрамы на удовлетворение архаических потребностей:

1. Цветок.
2. Место, где мне было хорошо.
3. Место, где я чувствовал свою защищенность.
4. Воспоминание о ситуации, где было хорошо.
5. Источник сил.
6. Оазис.
7. Купель.
8. Луг
9. «Мой луг»
10. Ручей в различных вариантах.
11. Облако
12. Воздушный шар
13. Надел земли
14. Дом и строительство дома
15. Лежа в гамаке

16. На ковре самолете

Мотивы символдрамы для проработки агрессии:

1. Подъем на гору
2. Опушка леса
3. Дикая кошка
4. Лев
5. Охота на мамонта
6. Спецназ
7. Страна изобилия
8. Тайное оружие
9. Выпустить пар
10. Кидаться грязью и валяться в грязи
11. Осмотр вулкана

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алман Брайн М. и Питер Т. Ламбру Самогипноз. Руководство по изменению себя. / Москва. Независимая фирма «Класс». 1995/ перевод с английского Т.К. Кругловой / С. 50-54
2. Вейн А. М, Дюкова Г.М, Воробьева О.В., Данилов А.Б. Панические атаки \\ Санкт-Петербург. 1997.- 304 с.
3. Гордеев Н.М. Классический эриксоновский гипноз \\ Москва, издательство Психотерапии, - 2001.
4. Головач А.А., Терещук Е.И., Клиника и лечение пароксизмальной тревоги \\ Учебно-методической пособие – Бел МАПО, Минск – 2004 – 31с.
5. Евсегнеев Р.А. Психиатрия для врача общей практики \\ Минск, «Беларусь», 2001.- 426 с.
6. Лейнер Х. Кататимное переживание образов \\ Пер. с нем. Я.Л. Обухова. М., "Эйдос"1996. -- 253с.
7. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия \\ В 2 томах, перевод с англ. докт.мед. наук В.Б.Стрелец\ Москва"Медицина"1994- 2том, -- 671с.
8. Котро Ж., Моллар Е. Когнитивная терапия фобий \\ МПЖ. - 1996. - № 3. - С. 93-107.
9. Ромек В.Г. Поведенческая психотерапия \\ Москва, издательство АСАДЕМА, -2002.
10. Терещук Е.И. Инструкция по диагностике и терапии панического расстройства в общесоматической практике \\ МЗ РБ., Минск, 2001.- 25с,
11. Терещук Е.И., Обухов Я.Л. Знакомьтесь: символдрама. Введение и ознакомление с одним из методов краткосрочной психодинамической психотерапии \\ Психотерапия и клиническая психология - НПЖ., Белорусская Ассоциация Психотерапевтов – Минск, 2004, -- № 1(8). – С. 18 - 20.
12. American Psychiatric Association. - Practice Guideline for the Treatment of Patients With Panic Disorder \\ Am. J. Psychiatry. – 1998.

**КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАНИЧЕСКИХ РАС-
СТРОЙСТВ
СОДЕРЖАНИЕ**

1. КЛИНИКА панического расстройства	2
2. Первичные и вторичные синдромы патологического страха	6
3. Соматические заболевания с сопутствующей патологической пароксизмальной тревогой	8
3.1. Эндокринные синдромы патологического страха	8
3.2. Метаболические формы страха	9
3.3. Кардиология	9
4. Церебральные заболевания	10
5. Психические заболевания с синдромом патологического страха	10
6. Основные принципы терапии панического расстройства	11
7. ВЫБОР МЕТОДИК ЛЕЧЕНИЯ	12
7.1. Биологическое лечение	14
7.2. Психотерапия панического расстройства	19
7.3 Комбинированная терапия	34
8 . ОБЩИЕ ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	35

ПРИЛОЖЕНИЯ