

Комитет по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга  
Санкт-Петербургский Городской психотерапевтический центр

Г.Г. Аверьянов, А.В. Курпатов

Лечение тревожно-фобических  
расстройств невротического уровня с использованием метода биологической  
обратной связи

Методические материалы в рамках  
общегородской программы:  
«Организация оказания помощи пациентам  
с пограничными психическими расстройствами  
специалистами общесоматических ЛПУ  
г. Санкт-Петербурга – 2005»

Санкт-Петербург  
2002

## Введение

Почти любому врачу не психиатрической специальности, да и просто обывателю, услышавшему диагноз тревожно-фобическое расстройство невротического регистра, на ум будет приходить нечто сугубо специфическое и редкое, существующее где-то в далекой психиатрической сфере. Ему даже не придет в голову, что он давно и хорошо знаком с этой категорией больных, и сталкивается с ней чуть ли не каждый день.

Этих больных прекрасно знают кардиологи и пульмонологи, обследующие их десятки раз в связи с жалобами «на сердце», «удушье», и не находящие ровным счетом ничего.

Их боятся врачи «скорой помощи», задержанные постоянными вызовами на «сердечные приступы», «обмороки и дурноту» к соматически здоровым и зачастую молодым людям, состояние которых почти мгновенно улучшается при одном только появлении человека в белом халате или приеме корвалола.

Они годами осаждают терапевтов и невропатологов в районных поликлиниках с жалобами на «головокружение», «сердцебиение», «подскоки давления» и требованиями повторных обследований, вплоть до компьютерной томографии, которые никогда не выявляют серьезной патологии.

Терапевты и кардиологи ставят этим пациентам весьма загадочные диагнозы вегето-сосудистой дистонии и нейроциркуляторной дистонии, невропатологи – не менее загадочный невротический синдром. И те, и другие могут месяцами безрезультатно лечить таких больных, но по опыту давно знают, что их лучше куда-нибудь спровадить. Единственное, что помогает им хотя бы на время, - это транквилизаторы феназепам и реланиум.

Родственники и знакомые этих больных, искренне не понимающие, как взрослый человек может бояться один выйти из дома или проехать в метро, в глубине души считают такое поведение блажью или даже симуляцией.

Когда же такой больной пройдет несколько циклов полного медицинского обследования, а также пару – тройку экстрасенсов, когда все врачи махнут на него рукой, кто-нибудь сообразительный все же посоветует обратиться к психиатру или психотерапевту. Тут и окончательно выяснится, что заниматься несчастным пациентом категорически некому, потому что идти в психоневрологический диспансер к психиатру никому не захочется, а психотерапевта днем с огнем не сыщешь.

А ведь количество этих «необычных» пациентов, которые всего на всего страдают той или иной формой тревожно-фобического расстройства невротического уровня, очень велико. Только одним из подвидов, агорафобией, страдают до 2,7% населения, а в течение жизни 10-20% населения переносят один или более панических приступов (Попов Ю.В., Вид В.Д. 1997г.) Экономические и организационные издержки, которые терпит здравоохранение, занимающееся непрофильным лечением пациентов с тревожно-фобическими расстройствами, огромны. По различным данным

до 25% пациентов общесоматической сети страдают только соматоформными расстройствами (вариант тревожно-фобических расстройств) и поглощают до 20% средств, расходуемых на здравоохранение. Все эти гигантские средства выбрасываются впустую, потому что неспецифическое, непрофильное, безрезультатное лечение тревожно-фобических пациентов приводит лишь к тому, что они все глубже погружаются в ипохондрию (болезненную фиксацию на своем здоровье), и все меньше доверяют врачам. И все это происходит притом, что в западных странах еще в шестидесятые годы разработаны психотерапевтические методы поведенческого лечения тревожно-фобических расстройств и объективно подтверждена их эффективность, составляющая от 62% до 100% (Мейер В, Чессер Э. 2001г.).

Более того, уже в нашей стране разработаны технологии биологической обратной связи (БОС), которые могут сделать поведенческую психотерапию быстрее и эффективнее. Но, чтобы полноценно применять метод БОС в лечении тревожно-фобических расстройств, нужно все же выяснить, что эти самые расстройства из себя представляют.

### **Определение и классификация.**

В отечественной психиатрии тревожно-фобические расстройства невротического регистра традиционно классифицируются как невроз навязчивых состояний (Коркина М. В. и др., 1980г.), или как невроз навязчивых состояний, невроз тревоги и ипохондрический невроз (Свядош А. М., 1982г.). Некоторые авторы выделяли как самостоятельную форму фобический невроз (Александровский А. Ю. и др., 1986г.).

В общем случае под термином невроз понимается психогенное нервно-психическое расстройство в результате нарушения системы значимых жизненных отношений (Карвасарский Б.Д., 1990г.).

Развитие заболевания связано с особенностями личности больного и психотравмирующей ситуацией, с неспособностью личности в данных конкретных условиях самостоятельно разрешить ее, расстройство носит обратимый характер и более высокую эффективность при лечении дает психотерапевтический подход.

Все психотравмирующие ситуации принципиально сводимы к трем основным вариантам.

Во-первых, это значимые нарушения динамических стереотипов, то есть устоявшегося, привычного образа жизни и действий в любой важной сфере. Так, например, жизнь с супругом, проживание в конкретном месте, постоянная работа, определенные привычные отношения с окружающими, – все это крупные динамические стереотипы (привычки). Очевидно, что любая из этих привычек может прерваться или нарушиться в любой момент. Супруг может уйти, начать изменять или умереть. Может возникнуть необходимость переезда, добровольного или вынужденного ухода с работы или выхода на

пенсию. Дети, с которыми прожито полжизни, начинают жить отдельно. Такие нарушения динамического стереотипа по физиологическим механизмам, описанным И.П. Павловым и К. Лоренсом, всегда приводит к возникновению мобилизационной тревоги и возбуждения, обычно направленных на восстановление нарушенных стереотипов. Но, к сожалению, в социальной жизни человека, в которой и происходит большинство этих нарушений, восстановить старые стереотипы бывает невозможно, да и неразумно. Возникшая в результате тревога и становится фундаментом формирующегося невроза.

Во-вторых, психотравмирующими, являются жизненные ситуации, в которых оказывается блокированной какая-либо потребность, а пути выхода из ситуации чаще всего по субъективным психологическим механизмам оказываются также перекрытыми. Под потребностями в данном случае понимаются психические интенции к индивидуальному самосохранению, наличию и качеству сексуальной жизни, включенности в социальную иерархию и реализацию своих способностей в продуктивной деятельности, а также к наличию близких эмоциональных отношений с другими людьми. Классическим примером такого развития ситуации, при котором оказываются заблокированными одна или несколько потребностей, а сама ситуация оказывается субъективно неразрешимой, являются многочисленные в нашем отечестве пациентки, находящиеся в браке с пьющими мужчинами. При этом не реализуется, как минимум, потребность в эмоционально близких отношениях, а как максимум – все остальные потребности. Разрешить эту ситуацию конструктивным путем, например разводом, женщина не в состоянии, так как в силу вступает инерция динамических стереотипов, о которой говорилось выше, и которая вызывает страх при любых попытках изменить существующее положение дел. Поэтому оправдывая свое поведение материальными, этическими и прочими соображениями, женщина остается в неудовлетворяющей жизненной ситуации. Именно такое положение дел приводит к нарастанию внутреннего напряжения и тревоги, а потом и к формированию клинически выраженного невроза.

Для неврозов с доминированием тревожно-фобической симптоматики достаточно часто характерен третий тип психотравмирующей ситуации, когда в силу ряда внешних обстоятельств закрепляется поведенческий динамический стереотип, включающий в себя сильный страх и тревогу. Такой стереотип формируется, если человек переживает настоящую или мнимую угрозу для жизни, а потом, в силу стойкости условных рефлексов, образовавшихся при переживании сильного страха, начинает функционировать во все большем числе нейтральных ситуаций.

Нервно-психическое напряжение, которое переживает человек, попавший в психотравмирующую ситуацию, по определенным психическим механизмам под влиянием сопутствующих факторов, оформляется в клинически очерченный синдром, представляющий совокупность эмоционально-аффективных, соматовегетативных и поведенческих нарушений.

В 15-44% случаев ведущим клиническим синдромом при неврозе становится тревожно-фобический синдром.

Тревожно-фобический синдром, понимаемый в широком смысле,- это навязчивое переживание эмоций страха и тревоги с четкой фабулой или без нее и достаточной критикой, и сопровождающие это переживание вегетативные и поведенческие нарушения.

Фобическим объектом, то есть стимулом, с которым по механизму условного рефлекса сопряжен страх и тревога могут быть, внешние обстоятельства: открытые пространства, общественные места и транспорт, поездки в метро, внимание окружающих людей, например, при публичных выступлениях или приеме пищи в присутствии посторонних; а также внутренние обстоятельства, чаще всего, это состояние собственного здоровья в различных вариантах (страх сердечного приступа, страх заболеть раком, страх сойти с ума, страх заболеть инфекционным заболеванием). По количеству пугающих объектов фобии делятся на изолированные фобии и полифобии.

При доминировании в клинической картине фиксации пациента на вегетативных проявлениях страха и тревоги принято говорить о соматоформной вегетативной дисфункции. Вегетативная дисфункция может проявляться в виде перманентных или пароксизмальных вегетативных расстройств, чаще симпатического характера (приступы сердцебиения, нехватки воздуха, жара в теле, озноба, тошноты, головокружения).

В современной классификации психических болезней МКБ-10 тревожно-фобические расстройства невротического уровня отнесены к следующим диагностическим рубрикам:

**F40.0 Агарофобия** (отчетливый и постоянно появляющийся страх следующих ситуаций, или их избегание: толпы, публичных мест, путешествия в одиночку, передвижения вне дома; при этом больной осознает чрезмерность и необоснованность своих страхов.)

**F40.1 Социальные фобии** (выраженный страх оказаться в центре внимания или страх повести себя так, что это вызовет смущение или унижение или выраженное избегание социальных ситуаций; после начала расстройства появляются симптомы тревоги в пугающих ситуациях, а также такие симптомы, как покраснение и дрожь, страх рвоты, позывы или страх мочеиспускания или дефекации).

**F40.2 Специфические фобии** (выраженный страх специфических предметов или ситуаций, например собак, насекомых, крови, инъекций, высоты, воды, лифтов, туннелей).

**F40.8 Другие тревожно-фобические расстройства**

**F40.9 Фобическое тревожное расстройство, неутонченное**

**F41.0 Паническое расстройство** (эпизодическая пароксизмальная тревога) (внезапно начинающиеся эпизоды интенсивного страха или дискомфорта, длящиеся по меньшей мере несколько минут, и сопровождающиеся несколькими из следующих симптомов: учащенное

сердцебиение, потливость, дрожание, сухость во рту, затруднение в дыхании, тошнота, головокружение, ощущение нереальности, приливы жара, озноб.)

**F41.1 Генерализованное тревожное расстройство** (стойкая, не зафиксированная какими-то конкретными ситуациями тревога, характеризующаяся внутренним напряжением, с меньшей, чем при панических атаках, выраженностью кардиореспираторных нарушений и включением выраженного депрессивного компонента).

**F45.3 Соматоформная вегетативная дисфункция** (симптомы вегетативного возбуждения, которые пациент приписывает к физическому расстройству в одной или более систем органов).

### **Клиника и диагностика.**

Эмоция страха и чувство тревоги играют основополагающую роль в возникновении, развитии и клинике тревожно-фобических расстройств

**Эмоция страха** является одной из самых сильных и оказывает весьма существенное воздействие на восприятие, мышление и поведение человека (Изард К., 1980). Причём, все эти воздействия весьма специфичны: восприятие сужается, вследствие чего человек фиксируется на одном только пугающем его агенте, мышление движется в соответствующем направлении (оценка этого агента, а также поиск путей выхода из создавшегося положения), а поведение напоминает некий паралич, когда невозможно решить – то ли спастись, то ли оставаться на месте, будучи тише воды, ниже травы.

Страх за своё здоровье, а в особенности за собственную жизнь, у больных с тревожно-фобическим расстройством, достаточно часто сопряжён с какими-то внешними обстоятельствами – выходом из дома, замкнутым пространством, поездкой в метро, пребыванием на работе, необходимостью заговорить с незнакомым человеком, вечерним временем суток и т.п.<sup>1</sup>. Во всех этих случаях данные «внешние обстоятельства» являются лишь условными стимулами, которые не только непосредственно вызывают у больного комплекс соответствующих вегетативных реакций, но, прежде всего, огромную массу мыслей и домыслов об опасности данных «обстоятельств». Если расспросить такого больного, то можно узнать, почему ни в коем случае нельзя спускаться в метро, почему нельзя находиться в замкнутом пространстве, почему так опасна толпа и т.д., и т.п. Конечно, все эти размышления для человека здравомыслящего покажутся сущей нелепостью, ведь перепад атмосферного давления при спуске в метро абсолютно несущественен, в замкнутом пространстве лифта или комнаты вполне достаточно воздуха, а толпа далеко не всегда превращается в массовое побоище с сотнями жертв. Однако подобные антитезы вряд ли хоть

---

<sup>1</sup> Ранее практически на каждый такой страх имелось своё название – клаустрофобия, агорафобия и т.п. В МКБ-10 все эти страхи объединены в две группы – агорафобии и социофобии. Под агорафобией понимают все подобные страхи, кроме страха, связанного с публичностью и общением, последние и носят название социофобии.

сколько-нибудь поколеблют веру больных с фобией в собственные выкладки. В конечном итоге, такой больной скажет своему оппоненту: «Просто у вас слишком хорошее здоровье! Вам меня не понять!», и, по крайней мере, в последнем он будет прав.

Страх смерти у части фобических больных не слишком выражен, в ряде случаев отсутствует полностью, а зачастую, претерпевает удивительные трансформации. Происходит это в двух случаях – или когда пациенты всё-таки убеждаются, что умереть им от их страхов не посчастливится, или когда в клиническую картину болезни включаются ещё и деперсонализационные-дереализационные симптомы. В первом случае, когда пациент понимает, что действительного тяжёлого соматического недуга у него нет, то ему, зачастую, ничего более не остаётся, как думать, что он тяжело болен психически. А как иначе объяснить эти «приступы»? Разумеется, эти объяснения наличествуют, но знает их, как правило, только психотерапевт. Пока же больной не окажется у него на приёме, то с каждым «приступом» будет всё более убеждаться в своих догадках, относительно шизофрении, маниакально-депрессивном психозе и т.п. Если же, временами, такой больной испытывает симптомы деперсонализации (чувствует, что он изменился, стал каким-то ненастоящим, искусственным, сам себе не принадлежит, ничего не чувствует – ни радости, ни печали, словно бы потерял сам себя), или дереализации (т.е. ему кажется, что мир стал каким-то ненастоящим, что он как-то отдалился, видится, словно через какую-то «пелену», «дымку», «линзу» и т.п.), то поводов увериться в своём безумии у него оказывается предостаточно. Возникающий здесь страх лишь усиливает эти симптомы, а во время «приступов» они и вовсе переживаются как подлинная жизненная катастрофа: «Я схожу с ума!».

Эмоциональные расстройства, конечно, являются ведущими в симптоматике этих больных. Даже если они не сообщают о своих страхах или тревоге активно, это ещё отнюдь не означает, что они не испытывают этих эмоций и чувств. Проблема состоит в том, что после того, как человеком найдена некая причина, которая, по его мнению, заставляет его тревожиться, ощущение собственно самой тревоги снижается. Однако, наличие вегетативного компонента выдаёт тревогу и чувства страха, что называется, с головой, поэтому врачу следует быть просто последовательным и тогда выраженные негативные эмоции больных не останутся для него незамеченными. Кроме того, имеет смысл подумать о том, что должен испытывать человек, полагающий, что он вот-вот умрёт от «разрыва сердца» или «лопнувшего сосуда», «задохнётся» или «потеряет сознание». Разумеется, страх должен быть огромным, и он, действительно, огромен, хотя рассказать о нём больные или не пытаются, или уже не пытаются.

Зачастую страхи этих больных выглядят настолько нелепыми, что они даже бояться о них говорить, например, одна из наших больных, страдавшая фобиями в течение 23 лет, и боявшаяся выходить на улицу, всё это время убеждала своих врачей, что так на неё «действует открытое пространство», хотя на самом деле, как выяснилось, она боялась «разрыва брюшной аорты».

после любой минимальной физической нагрузки. Более того, эта пациентка под различными предлогами неоднократно добивалась разнообразных обследований, способных выявить её «аневризму аорты», но так и не открыла ни одному врачу своих «ужасающих догадок», тем более, что ни одно исследование так их и не подтвердило. Почему именно такой страх возник у данной пациентки? Причины, конечно, есть, ведь мозг – это достаточно сложная машина, способная на любые ассоциации и гибриды, сотканные из понятий и ощущений. Впрочем, на момент терапии природа этих внутриспсихических аббераций не так важна, как эффективное устранение ипохондрической настроенности и патологических вегетативных условных рефлексов пациента.

Тревожный регистр симптоматики представлен, конечно, не только страхами пациента, которые, в сущности, весьма кратковременны. Постоянство страху придают присоединяющиеся к нему мысли и переживания больного, позволяющие этой эмоции перерасти в *чувство* тревоги. **Чувство тревоги** – это практически перманентное состояние таких больных. Тревога характеризуется «внутренним напряжением», «беспокойством», «суетливостью», в этот момент в голове человека роятся самые разнообразные мысли о том, что что-то не так, что-то не эдак. Причём, на вопрос «что не так?», а «что не этак?», он вряд ли сможет ответить, поскольку его сознание напоминает муравейник, правда, без свойственной последнему упорядоченности. Здесь ни одна мысль не доводится до своего логического конца, это какие-то обрывки фраз внутренней речи – бессмысленные по сути, но крайней беспокоящие по факту. Да, этим больным хронически неспокойно, они не знают, что такое полноценный отдых, что такое приподнятое настроение, им не понятно, как можно ничего не делать и просто наслаждаться мгновением, которое, по заверениям абсолютно непонятого ими классика, «прекрасно».

Впрочем, типичным симптомом тревожного спектра считаются, так называемые, «**панические атаки**». Термин этот и старый, и новый одновременно. Старый, потому что происходит от понятия панического страха, который, в свою очередь, согласно преданиям, внушал людям древнегреческий бог Пан, от внезапного появления которого, те испытывали ужас, заставляющий их бежать прочь, не разбирая дороги. Новым этот термин может быть признан потому, что только с 1980 г. он окончательно вошёл в научный обиход с лёгкой руки Американской ассоциации психиатров. Так или иначе, но чехарда с этим термином не меньшая, нежели с самой его прародительницей – вегетососудистой дистонией. Одни продолжают упорно настаивать на том, что это никакая не паническая атака, а банальный вегетативный криз, другие, напротив, видят здесь одну-единственную аффективную составляющую и удивляются, когда кто-то усматривает в этом приступе что-то иное. Многих смущает «внезапность» появления приступа «панической атаки», других, наоборот, то, что её появление кажется кому-то внезапным, тогда как никакой внезапности нет и

в помине, а есть одно лишь естественное перерастание общей аффективной напряжённости в свою кульминационную фазу.

Принято думать, что возникновение панических атак связано с повышением уровня адреналина и норадреналина в крови больно, что, конечно, происходит на фоне выраженного психологического стресса. Однако, как показали исследования, по крайней мере, стопроцентной связи здесь не наблюдается. Всё это наводит на мысли, будто бы страх и тревога имеют к паническим атакам весьма опосредованное отношение, что, по всей видимости, является лишь досадным недоразумением. На самом деле, при сопоставлении накопленных к этому времени научных данных (Вейн А.М., 2000), провоцирующим фактором развития панического приступа является, как правило, гипо- или гипервентиляция, приводящая к существенным сдвигам в вегетативной регуляции функций организма. Подобные явления, связанные с характером внешнего дыхания больных, продиктованы именно их психическим состоянием, которое может неосознаваться пациентами и создавать впечатление «внезапности». После того, как вегетативный приступ запущен, то включаются механизмы поддерживающие и усиливающие аффективное неблагополучие пациента – возникает страх смерти и ему подобные. Интересно, что одним из самых эффективных способов купирования такой «панической атаки» в момент её зарождения является насильственное изменение характера дыхания пациента – или в сторону его усиления, в одном случае, или, напротив, его уменьшения, в другом.

### **Диагностические критерии панической атаки (DSM-IV)**

Согласно авторам, узаконившим термин «панической атаки», она характеризуется следующим набором признаков:

1. Очерченные приступы сильного страха и общего дискомфорта возникали один и более раз; причём, являлись неожиданными, т.е. появляются не непосредственно перед или во время ситуации, которая почти всегда вызывает тревогу.

2. Приступы возникают в ситуациях, когда человек является или может стать предметом внимания других людей.

3. Приступы характеризуются интенсивным страхом или дискомфортом в сочетании с 4 или более из нижеперечисленных симптомов, которые достигают своего пика в течение 10 минут.

Симптомы: тахикардия; головокружение или предобморочное состояние; потливость; ощущение нехватки воздуха; затруднённое дыхание, удушье; боль или дискомфорт в левой половине груди; тошнота или дискомфорт в желудке; деперсонализация или дереализация; тремор, онемение или покалывание (сенестопатии); покраснение лица; страх смерти; страх сойти с ума или совершить какой-то неадекватный поступок.

4. Возникновение панической атаки не обусловлено непосредственным физиологическим действием каких-либо веществ (например, лекарственной

зависимостью или приёмом препаратов) или соматическими заболеваниями (например, тиреотоксикозом).

Первыми и зачастую единственным, на что жалуются фобические пациенты на приеме у врача, являются различные нарушения вегетативного характера (именно по этой причине такие больные проделывают целый марафон по врачам общей практики с диагнозом ВСД, НЦД и т.д.) Большинство вегетативных жалоб может быть сведено в следующие группы:

1) *«Сердцебиения»*. Под «сердцебиениями» у этих больных следует понимать субъективно воспринимаемую работу сердца – оно «колотится», «стучит», «выскакивает» и т.п. Как правило, действительная частота сердечных сокращений не так велика, как кажется пациентам. Да, она может превышать 80 ударов в минуту, хотя более 100 – 120 поднимается редко. Симптом может появляться эпизодически в очевидной связи с индивидуально-стрессовыми событиями (что свидетельствует об относительной неустойчивости патологической реакции), спонтанно и часто (признак устойчивости дисфункции), регулярно в определённое время или в определённых обстоятельствах (очевидное свидетельство условно-рефлекторной природы расстройства).

2) *«Перебои в работе сердца»*. Как правило, это «перебои» субъективного характера, «кажущиеся», в крайних случаях – функциональные (т. е. при панических атаках, например, экстрасистолия может быть зарегистрирована объективно). «Сердце замирает», «останавливается, потом снова запускается». В ряде случаев имеет смысл при анализе этого симптома задаться вопросом: насколько действительно адекватно субъективное представление функциональных нарушений сердечного ритма, т.е. насколько соответствуют субъективные ощущения нарушения сердечного ритма объективным данным. Пациенты, могут утверждать, например, что сердце у них «останавливается» периодами на 10 – 20, а то и 30 минут, что, конечно, никак не соответствует действительности. Кроме того, их оценка собственного сердечного ритма не просто по ощущению, но даже при самозамере пульса, как правило, глубоко ошибочна. Так, например, контрольные замеры «тахикардии» у пациента, проводимые врачом на психотерапевтическом приёме, показывают, что эта, с позволения сказать, «тахикардия» колеблется в пределах – 70 – 80 ударов в минуту, тогда как сам больной уверен, что насчитал более 120, а то и 200 ударов! С тем же успехом они определяют по пульсу и отсутствующую в действительности экстрасистолию.

3) *«Боли в области сердца»* или *«кардиалгии»*. Боли в области сердца у пациентов с тревожно-фобическим расстройством существенно отличаются от ишемических болей: эти боли, как правило, точечные («симптом пальца» или «сердечный пяточок»), без соответствующей иррадиации, возникают без непосредственной связи с физическими нагрузками, часто в определённое

время суток или при определённых обстоятельствах (например, по дороге на работу или домой, тогда как на других маршрутах данного симптома не возникает). Последний критерий наиболее важен, поскольку иногда подобные сердечные боли могут носить и разлитой характер и даже, вызванные явлениями остеохондроза и межрёберной невралгии, производят эффект иррадиации.

Изложение своей кардиологии пациенты предлагают, как правило, очень образное – «колет», «пронзает», «немеет, как в холодильнике», ощущаются «сердечные спазмы», «ком за грудиной» и т.п. В целом, локализация и характер испытываемых больными неприятных ощущений чрезвычайно разнообразны: практически непрерывная, иногда пульсирующая боль с кожной гиперестезией в области верхушки сердца или левого соска; тупое давление, тяжесть, стеснение, покалывание, сжатие в перикардиальной области или книзу и кнаружи от зоны сердечного толчка; острое сжатие, сдавление, напряжённость, «заложенность», жжение в области сердца, левого подреберья и даже всей верхней части живота, распирающие или, наоборот, «пустота» в грудной клетке. Подобные ощущения могут распространяться по всей передней поверхности грудной клетки (захватывая нередко правую её половину и «отдавая» в шею и лопатки), паравертебральную и поясничную области, верхние и даже нижние конечности и яичко (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986).

Впрочем, чем вычурнее и необычнее боль, тем больше вероятность, что на приёме у врача сидит больной не с тревожно-фобическим расстройством, а с так называемой «маскированной» (лабирированной, скрытой) депрессией, которая является не невротическим, а психотическим аффективным расстройством (т.е. эндогенной депрессией) с «кардиальной маской». В этом случае пациент должен быть немедленно направлен к психиатру или психотерапевту, поскольку данные больные составляют группу риска по суициду.

4) *«Колебания артериального давления»*. Как правило, повышение артериального давления не бывает высоким и стойким, пациенты фиксируются на самом факте его повышения (или понижения) хотя бы и на 5 единиц, замеряя его несколько раз на дню и помня часы, а то и минуты, когда зафиксировали очередное «повышение» давления. Любые «нарушения» такого рода, как правило, возникают в непосредственной связи со страхом, например, выйти на улицу, остаться без сопровождения, отсутствием возможности вызвать «Скорую помощь» и т.п. Характерным признаком таких «гипертонических кризов» является их быстрое, зачастую, мгновенное исчезновение связанное с приходом врача, введением плацебо или психотропного препарата, госпитализацией в несоматическую клинику, тогда как в соматическом стационаре эти состояния часто усиливаются, поскольку таким образом «подтверждается» факт соматической болезни.

Физиологической основой психогенной артериальной гипотезии является повышение парасимпатического тонуса и последовательное нарушение функции высших вегетативных центров вазомоторной регуляции.

Такие больные, как правило, предъявляют сопутствующие жалобы на сильную слабость, отсутствие чувства бодрости даже после хорошего сна, у подавляющего большинства таких больных выявляется раздражительная слабость и эмоциональная неустойчивость, а также головные боли, головокружения и нарушения сна.

Здесь следует, кроме прочего, отметить, что лица с эссенциальной гипертонией и симптоматическим подъемом давления при фобическом расстройстве, как правило, существенно отличаются друг от друга. Первые, в отличие от вторых, склонны не к поддержанию и усилению своих аффектов, а напротив, к подавлению любых «ярких» эмоций, особенно агрессивного спектра, что, в целом, и делает их «классическими психосоматическими больными», а не пациентами, у которых психическое расстройство скрывается за фасадом «соматических жалоб». Больные с начинающейся эссенциальной гипертонией, как правило, вежливы и предупредительны, а колебания цифр артериального давления заботят их куда меньше, нежели обстановка на работе, карьера и т.п. Впрочем, при наличии фактического сильного и достаточно длительного психологического стресса, эссенциальная гипертония может развиваться стремительно, на фоне сильнейших невротических реакций пациентов, однако, всё же, это отнюдь не тоже самое, что и больные с фобическим расстройством, которым, как правило, так и не удаётся в течение даже десятков лет нажить себе настоящую артериальную гипертензию.

5) *«Затруднённое дыхание»*. Чаще всего «затруднения дыхания» у этих больных – отчётливо субъективного характера: пациенты не задыхаются, а напротив, «хватают воздух», ощущения «удушья» вызваны поверхностью дыхания или же возникают за счёт преобладания вдоха над выдохом. Ощущения «кома в горле», чувство, что «дыхание перехватило», что оно «оборвалось» связаны чаще всего с мышечными спазмами, характерными для стрессовых нагрузок. Может возникать и гипервентиляция, специфическая «одышка» – «не отдышаться» и т.п. Так или иначе, но разнообразные изменения дыхательной функции типично характеризуют соматовегетативную реакцию организма на стресс.

Впрочем, затруднения дыхания часто связаны с прямыми вегетативными влияниями, особенно при преобладании ваготонии, а также смешанном типе нарушения деятельности вегетативной нервной системы. Некоторые авторы считают, что одним из механизмов формирования болезненных ощущений в грудной клетке, является раздражение межрёберных рецепторов при изменении частоты и типа дыхания. Боязнь обострения кардиалгий на высоте вдоха вынуждает подобных больных переходить на всё более щадящее и поверхностное дыхание верхней частью грудной клетки, а чувство неполного вдоха и нехватки воздуха окончательно убеждает их в наличии серьёзного патологического процесса в сердце и необходимости принимать валидол или нитроглицерин даже при отсутствии ещё собственно болезненных ощущений в прекардиальной области. Стойкие тонические или спастические сокращения диафрагмы, подтверждаемые

рентгенологически при возникновении эмоционального напряжения, перераздражение межрёберных мышц при поверхностном грудном типе дыхания и усиление сердечной деятельности (особенно при развитии аритмии) становятся исходной соматической основой для самых мрачных и пессимистических ипохондрических толкований.

б) *«Головокружение, головные боли, обморочные состояния»* – как правило, объясняются колебаниями артериального давления, а также сочетанием последних с нарушением функции внешнего дыхания, вызванным преобладанием симпатического влияния. Кроме того, существенным при возникновении головокружений и головных болей может являться спазм мускулатуры шеи, а также явления возникающего на этом фоне остеохондроза. Наконец, причиной головокружения может быть гипотония, обусловленная вагосимпатической активностью.

*«Обморочные состояния»* возникают у этих больных, как правило, на фоне головокружения, причём, собственно «обмороки» – явление в этой группе пациентов исключительно редкое. Большинство лиц с фобическим расстройством, жалующиеся на «обморочные состояния», испытывают лишь страх перед обмороком, возникающий сразу после начала головокружения. При первых признаках грядущего «обморока» они пытаются прилечь, а поскольку дело, большей частью, происходит в общественном транспорте или в каком-либо ином общественном месте, волю этой своей мечте они не дают, отчего страдают ещё больше, чувствуя себя самыми несчастными на земле, покинутыми и «в обмороке».

7) *«Слабость»* – если она собственно вегетативной природы, как правило, результат сочетания ряда представленных выше симптомов, а также субъективной оценки собственного состояния больным, страдающим от изматывающих вегетативных дисфункций.

*Однако, кроме этих жалоб, могут в клинической картине тревожно-фобического расстройства присутствовать и другие симптомы, обусловленные психогенным перенапряжением вегетативной нервной системы человека, находящегося в хроническом стрессе. В их числе следующие.*

1) *«Потливость»*. Потливость может быть относительно постоянной, что является относительно неблагоприятным признаком, свидетельствующем о высокой лабильности вегетативной нервной системы, однако чаще потливость носит эпизодический характер и связана с индивидуально-стрессовыми событиями. Потливость может проявляться как общая, так и, чаще, местная (локальная) – ладони, шея, в подмышечной и паховой областях и т.д..

2) *«Озноб»*. «Озноб» носит отчётливо адренореактивный характер, проявляется чувством жара, специфической «дурнотой» (неприятное чувство, но нет «тяжести в голове»), потливостью, повышенной возбудимостью, выраженным мышечным напряжением.

8) *«Тошнота, рвота»*. Подобные – симпатические – «тошнота» и «рвота» больше эмоционально тягостны, нежели действительно актуальны.

Если нарушения стула можно отнести на счёт «кишечной диспепсии» вегетативного генеза, то рассматриваемые симптомы – на счёт «желудочной диспепсии» того же вегетативного генеза. Несомненной особенностью условно-рефлекторного закрепления именно такого варианта реагирования является большая «очевидность» расстройства, а также возможность подвергнуть его огласке, публичности, вызвав тем самым озабоченность родных, привлечь внимание врачей и т.п..

9) «Частое мочеиспускание» – естественное проявление стрессовой реакции, которое может стать стереотипной формой невротического реагирования. Частые позывы носят больше условно-рефлекторный характер, провоцируются (как, впрочем, и «частый стул») избыточным вниманием пациента к этому вопросу, созданием своеобразной гиперстимуляции соответствующих мозговых центров. Наличие же обильного мочеиспускания косвенно свидетельствует о стрессовом повышении артериального давления и, соответственно, увеличении интенсивности мочевыделительной функции почек. Данный симптом может быть и самостоятельным, связанным с какими-то условными сигналами, например, с необходимостью воспользоваться общественным транспортом и т. п.

Ещё одним достаточно частым симптомом тревожно-фобического расстройства является избыточное мышечное напряжение, неизменно возникающее на тревоге. Это мышечное напряжение выражается либо общей скованностью пациента, либо наличием «лишних», «беспричинных» движений, свидетельствующих о избыточном мышечном напряжении: похлопывания, поглаживания, «барабанные» движения (пальцами по поверхности), жевание, раскачивающиеся движения (корпусом или отдельной частью тела) и т. п. Кроме того, показательны сжатые кулаки, «играющие желваки», неестественно «вывернутые руки» или «сплетённые ноги» и т. п. Наконец, прямым указанием на хронические мышечные напряжения являются жалобы пациентов на «спазмы», «тики», «подёргивания», «судороги», «тремор», «ком в горле», «заикание», «невозможность расслабиться», «не сидится на месте», «суетливость», «беспокойство», «ночные пробуждения с напряжением всех мышц», «отдых не приносит удовольствия», «боли в плечах и (или) ногах», «слабость в руках», «парестезии», «чувство слабости», «быструю утомляемость» и т.п..

### **Психотерапевтическая диагностика.**

При психотерапевтической диагностике основное внимание врача уделяется не традиционным клиническим и нозологическим категориям и признакам, а психическим механизмам и структуре поведения больного, то есть непосредственно точкам приложения психотерапевтического воздействия. Для последующего лечения врачу важно определиться по нескольким позициям.

Во-первых, необходимо выяснить, на каком из векторов *инстинкта самосохранения* (индивидуальное самосохранение, групповое самосохранение, видовое самосохранение) происходит нарушение. Под *индивидуальным самосохранением* мы понимаем тенденцию живого организма к сохранению, выживанию собственной особи, под *групповым инстинктом самосохранения* понимаются иерархические инстинкты особи, приводящие к формированию групповых и социальных отношений типа «верх-низ» и приводящих к формированию групповой структуры. И, наконец, под *видовым инстинктом самосохранения* понимается половой инстинкт стимулирующий особь к размножению и поддержанию численности вида. Страдание инстинкта самосохранения по любому из этих векторов может на клиническом уровне проявляться тревожно-фобическими расстройствами, но для психотерапевта это будут принципиально разные состояния и соответственно разные стратегии действий.

В случае активизации индивидуального инстинкта самосохранения, в анамнезе больного обязательно присутствовала истинная или мнимая угроза жизни. Это может быть внезапная тяжелая болезнь, авария, переживание катастрофы или военных действий, криминальная ситуация или любое событие при котором пациент переживал выраженный испуг в связи с угрозой собственной жизни. В многочисленных исследованиях показано, что на фоне ярко выраженных негативных эмоций, особенно страха, быстро образуются стойкие к угасанию условные рефлексy, которые могут быстро генерализоваться на различные нейтральные стимулы, например общественный транспорт. Такое развитие событий довольно быстро приводит к формированию, клинически выраженного тревожно-фобического расстройства. Соответственно, стратегия лечения будет направлена на угасание патологических условных рефлексy, и на торможение неадекватно активизированного инстинкта самосохранения и направление его в «мирное», конструктивное русло.

При нарушении по вектору группового (иерархического) инстинкта основной конфликт кроется в сфере социальных отношений (конкурентные отношения, борьба за лидерство, конфликт подчинения-неподчинения), а при нарушении по вектору видового (полового) инстинкта самосохранения в сфере половых взаимодействий (блокированная половая потребность, неудовлетворенность качеством сексуальной жизни, страхи связанные с сексуальными отношениями). Именно в этих сферах находится основной источник тревоги для больного. Обычно такой источник плохо осознается или игнорируется пациентом, тревога же по определенным психическим механизмам начинает ассоциироваться, связываться психикой пациента с темами и ситуациями, в которых проявления страха и тревоги кажутся «оправданными», например с состоянием собственного здоровья или возможностью упасть в обморок. Постепенно эти страхи и опасения вытесняют на периферию сознания изначальную тематику конфликта, что и становится «вторичной выгодой от болезни», то есть, после формирования

выраженных страхов, пациент начинает беспокоиться не о своей неудовлетворяющей жизненной ситуации, а о своем состоянии.

В такой случае, кроме обязательного симптоматического лечения, направленного на торможение патологических условных рефлексов тревоги и страха и выработку нового поведенческого стереотипа, необходимо раскрыть и довести до сознания больного реальный источник тревоги и основную психотерапевтическую работу направить на коррекцию его неадаптивного поведения именно в этой проблемной сфере.

Во-вторых, для выявления психотерапевтических мишеней, психотерапевт должен произвести четкий анализ поведения пациента в трех ракурсах: функциональном, содержательном и структурном.

Под *функциональным ракурсом поведения* понимается открытый русским физиологом А.А. Ухтомским принцип доминанты, по которому организуется работа психического аппарата. Этот принцип гласит, что господствующий, доминирующий центр, подавляет работу других центров, используя возникающее в них возбуждение, для удовлетворения собственных целей. У пациента с фобическим расстройством активно функционирует «доминанта страха», организующая весь психический процесс, в направлении избегания пугающих объектов и ситуаций, «спасения» своей жизни, посредством различных действий (хождение по врачам и целителям, бегство из пугающих ситуаций, прием различных лекарств). «Доминанта страха» подавляет деятельность других доминант, и для пациента остается только одна значимая тема – свое собственное состояние, свои страхи. Для психотерапевта особую важность приобретает формирование у пациента новой доминанты, нацеленной на достижение психического здоровья и благополучия. По сути дела, через все психотерапевтические сеансы, красной нитью должна проводиться мысль о том, что главной и единственной задачей пациента является достижение психического здоровья.

В *содержательном ракурсе поведения* рассматривается конкретная, относительно постоянная последовательность стимулов и ответных реакций организма, то есть поведенческая структура, описанная И.П. Павловым как динамический стереотип.

Фобический динамический стереотип состоит из пусковых стимулов (ситуации, ощущения, мысли) и привычных реакций организма, включающих внешнее поведение, эмоциональный, вегетативный, мышечные и дыхательные компоненты, перцептивное и аперцепторное поведение (направленность восприятия и внимания), а также специфический речемыслительный процесс, то есть те мысли и образы, которые участвуют в развитии страха. Каждый компонент фобического динамического стереотипа должен быть точно выяснен и в процессе лечения замещен на более адаптивный. При поведенческой психотерапии, с использованием метода БОС, именно за счет выработки и тренировки новых, конкурентных по отношению к фобическим реакциям, компонентов (дыхательного,

мышечного, перцептивного) динамических стереотипов, и достигается лечебный эффект.

В процессе психотерапевтической диагностики врачу необходимо выяснить как организовано поведение пациента в *структурном ракурсе*, под которым понимается, описанное Л.С. Выготским, соотношение в психическом процессе значений и знаков (первой и второй сигнальной системы). У невротических больных, страдающих фобиями, в соотношении знаков и значений присутствует большое количество аббераций, без выяснения и устранения которых лечение не будет успешным. Так, панические атаки, пациенты считают «сердечными приступами», свое состояние, обусловленное страхом, оценивают как «прединфарктное», «обморочное», как «разрыв сердца», сердцебиение и ощущение нехватки воздуха, как угрозу неминуемой «смерти» и возможности «задохнуться». После выяснения этих искажений обязательной является процедура переозначивания (Купатов А.В. и соавт. 2000г.), направленная на изменения в системе «знак – значение» и формировании адекватной лингвистической картины, при которой приступ страха будет обозначаться больным именно как «просто привычный неопасный испуг» и не более того, а возможность «задохнуться и получить разрыв сердца», и вовсе будет признана нелепой. Нами отдельно разработана техника переозначивания с использованием ДАС-БОС (Аверьянов Г.Г., Курпатов А.В. 2002г.).

### **Общие принципы лечения.**

Для тревожно-фобических расстройств невротического уровня основным методом лечения, подтвердившим свою эффективность является поведенческая психотерапия. Как вспомогательный метод используются фармакотерапия, серотонинергическими антидепрессантами, транквилизаторами и малыми нейрорептиками.

В Клинике неврозов им. акад. И.П.Павлова совместно с фирмой «БИОСВЯЗЬ», разработана психотерапевтическая программа лечения тревожно-фобических расстройств с использованием метода биологической обратной связи. Программа представляет собой краткосрочный курс психотерапевтического лечения, с интеграцией метода БОС в общую структуру системной поведенческой психотерапии.

В процессе лечения применялись следующие модификации биологической обратной связи:

1. Выработка диафрагмально-релаксационного типа дыхания с максимальной величиной дыхательной аритмии сердца (ДАС-БОС).
2. Релаксация скелетной мускулатуры, сопровождающаяся психо-эмоциональной релаксацией, с использованием БОС по электромиограмме (ЭМГ-БОС).
3. ЭМГ-БОС по Джекобсону, формула которого сводится к расслаблению различных групп мышц после их максимального сокращения.

#### 4. Перестройка ритмической структуры электроэнцефалограммы (ЭЭГ-БОС).

Использование метода биологической обратной связи в лечебном процессе базируется на следующих психотерапевтических техниках:

**1. Систематическая десенсибилизация**, разработана Джозефом Вольпе в пятидесятые годы, и основана на принципе реципрокного торможения. Этот принцип гласит, что если удастся сформировать антагонистическую по отношению к тревоге реакцию во время присутствия стимулов, вызывающих эту тревогу, так что бы при этом полностью или частично подавлялась реакция тревоги, связь между этими стимулами и реакциями тревоги будет ослаблена (Вольпе, 1958.). Другими словами, намеренно используются конкурирующие реакции, чтобы вытеснить болезненные страхи пациентов, к таким реакциям относятся:

- Ассертивные реакции (самоутверждающее поведение).
- Агрессивные реакции (проявление эмоции гнева).
- Сексуальные реакции.
- Реакции нервно-мышечной релаксации
- Дыхательные реакции.

В предлагаемой методике используются две последних разновидности конкурентных реакций, навыки которых приобретаются по методу биологической обратной связи, что значительно ускоряет обучение и делает его более эффективным. Также биологическая обратная связь используется непосредственно в самой процедуре десенсибилизации.

#### **2. Импульсивная терапия (техника «наводнения»)**

Суть импульсивной терапии заключается в том, пациента просят оставаться в вызывающей страх ситуации и переживать возникающий страх, при этом препятствуют реакции бегства. Так как реакция избегания вызвана условным стимулом страха, на содержащем существенной опасности, то предотвращение реакции избегания, приводит к угасанию условного рефлекса на стимулы, обуславливающие страх.

Лечение заключается в воображении пациентом с максимальной выразительностью ситуаций вызывающих страх, и переживании всех связанных с ними чувств. Цель психотерапевта – поддерживать страх пациента на максимальном уровне. Когда страх слабеет, больной переходит к представлению следующей ситуации.

При применении метода БОС в импульсивной терапии, такие данные обратной связи, как частота сердечных сокращений и ЭКГ, используются сначала для усиления и поддержания страха у пациента, а когда страх стихает, для опровержения представлений пациента о своем заболевании.

Методика ДАС-БОС вообще обладает уникальными возможностями в лечении панических атак на основе импульсивной терапии. Как уже упоминалось ранее, в патогенезе панических атак одну из ключевых ролей играет гипервентиляция. Произвольно вызванной гипервентиляцией возможно спровоцировать у пациента панический приступ, а с помощью данных БОС наглядно это ему продемонстрировать. После чего, применив,

предварительно освоенное по методике ДАС-БОС, диафрагмально-релаксационное дыхание по Сметанкину, пациент может затормозить панический приступ и сопутствующие вегетативные симптомы, что также будет ему доказано данными обратной связи. Таким образом, метод БОС делает импловзивную терапию максимально быстрой и эффективной.

## **Методика лечения**

### **ПЕРВЫЙ СЕАНС.**

Первый сеанс во многом определяет успех дальнейшего лечения, так как именно на нем пациент должен почувствовать, что врач его понимает, знает, что с ним происходит, и что необходимо делать. Пациент должен почувствовать, что психотерапевт компетентен, и ему можно доверять. Доверие к врачу и желание активно участвовать в лечении со стороны больного является фундаментом для эффективного психотерапевтического лечения с применением метода БОС.

Поэтому активность врача должны быть сконцентрирована на следующих задачах:

-Врач должен внимательно и заинтересованно выслушать больного и создать у него ощущение, что его понимают и поддерживают, для чего врач внимательно смотрит на пациента, кивает и повторяет своими словами или словами больного ключевые моменты в его рассказе.

-Врач проводит клиническую и психотерапевтическую диагностику, в ходе которой особое внимание уделить выяснению функционирующих фобических динамических стереотипов (в каких конкретных ситуациях, с каких ощущений, мыслей, образов начинается приступ страха, как этот приступ развивается, что делает пациент, что он думает в этот момент, что происходит с дыханием, сердцебиением, мышечным напряжением, какие внутренние и внешние обстоятельства смягчают страх). Также важным для психотерапии диагностическим моментом являются те искажения, которые присутствуют в структурном ракурсе поведения, то есть в построениях, которыми пациент объясняет свое состояние и причину своих страхов. По этому признаку больных с тревожно-фобическим расстройством можно условно разделить на четыре группы. Самую многочисленную можно назвать «кардио-респираторной». Это пациенты боящиеся «сердечного приступа», «смерти от инфаркта и инсульта», «разрыва и остановки сердца», «удушья», и фиксированные на вегетативных нарушениях в деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Вторую группу составляют пациенты преимущественно опасющиеся «упасть в обморок», «потерять сознание», «сойти с ума», «начать бегать». Эти страхи можно обобщить как «страх потери контроля». К третьей группе чаще всего относятся пациенты с невысоким образовательным уровнем. Они объясняют свое состояние какой-то соматической причиной, чаще всего невыясненной, например тем, что «нерв где-то защемляет», «наверное пережимается какой-то сосуд», «это все от щитовидки», «это все потому, что тогда я чего-то не того выпил». Эту

группу можно назвать «соматической». Последнюю, «социофобическую» группу составляют пациенты, у которых доминирует страх внимания и негативной оценки со стороны окружающих, так больные могут опасаться, что «окружающие заметят, что мне плохо, что я волнуюсь», «все будут вокруг меня суетиться, будут думать, что я припадочный или наркоман».

-Врач должен основные усилия сосредоточить на изменении представления больного о своем заболевании, которые являются лимитирующим фактором в лечении. Задача эта осуществляется на протяжении всего начального этапа психотерапии (3-4 сеанса), и особенно интенсивно на первом сеансе. Психотерапевт аргументировано и убедительно должен опровергнуть ранее выясненную концепцию болезни пациента, показать несостоятельность теорий больного о «сердечном приступе», «удушьи», «разрыве сердца», возможном «обмороке или смерти». Для опровержения используются очевидные противоречия в построениях больного, так врач может отметить, что, «если бы всем сердечникам, как вам помогал корвалол и феназепам, которые являются успокаивающими, то от сердечных болезней никто бы не помирал». В случаях, когда это уместно, врач может использовать юмор, подчеркивая, например, нелепость представлений пациента о «неминуемой смерти от разрыва сердца» почему-то именно в метро.

Вместо дискредитированной и обесцененной концепции пациента, врач предлагает свое объяснение происходящего с больным. Содержание этих объяснений может варьироваться в зависимости от образовательного уровня пациента, но в любом случае, должно включать многократные заверения в «отсутствии угрозы для жизни», в «несмертельности происходящего и невозможности умереть от приступа страха». Само фобическое состояние проще всего объяснить, как «закрепившийся рефлекс страха», как привычку пугаться в ответ на определенное обстоятельство, а возникающий страх объявить причиной всех неприятных ощущений (сердцебиение, нехватка воздуха, дрожь, головокружение, тошнота), которые еще сильнее пугают больного. В ходе таких объяснений, подчеркивается отсутствие угрозы для жизни и здоровья, но наличие угрозы для качества дальнейшей жизни и необходимость специализированного лечения с использованием метода БОС, который описывается как самый современный и очень эффективный в большинстве случаев. Принятие больным адекватной и непротиворечивой картины болезни, в которой отражена неопасность состояния, ключевая роль страха в развитии всех симптомов, и возможность эффективного лечения, приводит к значительному снижению тревоги и открывает возможности для дальнейших изменений.

## ВТОРОЙ СЕАНС.

На втором сеансе врач продолжает методично проводить изменения в картине болезни пациента, и основное внимание уделяется разъяснению механизма возникновения болезненного состояния. Внимание пациента

обращается на то, что все симптомы, возникли под воздействием провоцирующих факторов на фоне тревоги, которая появилась по одному из описанных выше сценариев, и что вся болезнь сводится к закрепившемуся условному рефлексу появления страха в ответ на внешние ситуации или собственные мысли и ощущения. Пациенту объясняется, что возникающие при испуге физиологические реакции (мышечное напряжение, нарушение дыхания, сердцебиение, направленность внимания на внутренние ощущения), усиливают страх, и, если затормозить эти нарушения, то ослабнет и страх. После чего, разъясняется, что научиться регулировать эти нарушения можно быстро и эффективно, используя метод БОС. Врач должен подробно обсудить с больным суть метода БОС, предполагаемые результаты тренировки в виде стойкого навыка регуляции физиологических функций и возможности тормозить страхи с помощью полученных умений.

Затем, с больным оговаривается план лечения и количество необходимых сеансов.

### ТРЕТИЙ-ШЕСТОЙ СЕАНСЫ.

Эти сеансы представляют собой основной этап лечения, на котором пациент параллельно осваивает навыки диафрагмально-релаксационного типа дыхания по Сметанкину (ДАС-БОС), мышечного расслабления (ЭМГ-БОС, ЭМГ-БОС по Джекобсону), нервно-мышечной релаксации (ЭЭГ-БОС). Прибегнуть к такой ускоренной, насыщенной схеме нас заставил ряд обстоятельств, к которым относятся существующая в обществе ориентация на краткосрочные методы лечения и отсутствие возможности у большинства пациентов посетить более десяти занятий по временным и экономическим мотивам.

В начале этапа больному разъясняется роль мышечного напряжения в возникновении и поддержании тревоги и страха и необходимость это напряжение сбросить. Тренировка начинается с тренинга ЭМГ-БОС по Джекобсону, при этом желательно использовать датчики, закрепленные на трапецевидной мышце, как наиболее напряженной при эмоции тревоги и страха. Мышечная часть тренинга заканчивается 3-5 мин сеансом ЭМГ-БОС на понижение активности с обратной видеосвязью.

Перед тренингом ДАС-БОС, пациенту объясняется, что при возникновении приступа страха процесс дыхания нарушается двояким образом: дыхание либо задерживается, что при повышенной, в следствие тревоги, потребности в кислороде, приводит к ощущению нехватки воздуха, что является чрезвычайно пугающим обстоятельством для больного, либо дыхание становится неровным, глубоким и частым, что приводит к гипервентиляции и сопровождающим ее неприятным ощущениям (головокружение, сердцебиение). Роль дыхания в развитии страха демонстрируется на простом опыте. Пациенту с закрепленными кардио и респираторными датчиками предлагается глубоко и часто дышать в течение 2-х минут. При этом у большинства больных возникает головокружение, они

пугаются, что немедленно приводит к субъективному ощущению сердцебиения и объективному увеличению частоты сердечных сокращений, отражаемому на мониторе.

Затем пациенту рассказывают о технике диафрагмально-релаксационного типа дыхания по Сметанкину, и приступают к его отработке. Мы считаем оптимальной дыхательную тренировку в три периода по 4-5 минут с 1 - 3-х минутными перерывами.

В конце сеанса проводится тренировка нервно-мышечного расслабления по методу ЭЭГ-БОС со звуковой обратной связью на повышение интенсивности альфа-ритма. Пациенту разъясняется, что в состоянии расслабления, при котором будет звучать музыка, он должен быть сосредоточен на одной точке или на приятных образах или на музыке, и во всех этих состояниях он не может думать, не может прислушиваться к внутренним ощущениям, а, следовательно, не может бояться. И это то самое состояние, которое не совместимо со страхом и вхождение в которое пациент должен освоить.

Затем, с больным оговаривается план лечения и количество необходимых сеансов.

Таким образом, на каждом из сеансов пациент последовательно проходит тренинги ЭМГ-БОС, ДАС-БОС и ЭЭГ-БОС.

## СЕДЬМОЙ-ВОСЬМОЙ СЕАНСЫ

На этих сеансах проводится торможение фобического динамического стереотипа и выработка нового стереотипа с помощью навыков дыхания, мышечного и нервно-мышечного расслабления.

### **Вариант А. Систематическая десенситизация с использованием БОС.**

1. Составляется иерархия пугающих ситуаций (не менее 10) от наименее к наиболее пугающей. Объемные ситуации разбиваются на более мелкие, так поездка в метро может быть разложена на поездку на эскалаторе, пребывание на перроне, нахождение в вагоне.

2. На пациенте закрепляются датчики БОС.

3. Закрыв глаза, пациент представляет наименее пугающую ситуацию из списка. Как только возникает тревога, пациент открывает глаза и начинает тренинг ЭМГ-БОС, ДАС-БОС или ЭЭГ-БОС вплоть до стихания чувства тревоги. Когда тревога ослабевает, пациент вновь закрывает глаза и возвращается к представлению ситуации. Чередование представлений и упражнений направленных на снижение тревоги, повторяется до момента, когда представление фобической ситуации перестанет вызывать тревогу.

4. Пациент переходит к следующей ситуации и движется вверх по иерархии, до тех пор, пока не пройдет все пункты.

Процедура проводится на протяжении двух сеансов. Что бы сделать переживание воображаемой ситуации более насыщенным, врач предлагает

представлять не только картинку, но и все звуки, ощущения, мысли, в том числе панические, связанные с ситуацией.

У больных с дефицитом представлений, десенситизация в воображении не возможна, поэтому у них этот этап пропускается, и сразу производится десенситизация в индивидуально-стрессовых условиях.

### **Вариант Б. Имплотивная терапия с использованием БОС.**

Это самый непростой способ применения метода БОС, как для врача, так и для пациента, и должен проводиться только квалифицированными психотерапевтами. С его помощью максимального эффекта можно добиться у больных с паническими атаками, с преобладанием в клинической картине кардиофобических переживаний.

1. У пациента выясняются все стимулы (мысли, представления, ощущения), запускающие паническую атаку.

2. На пациенте закрепляются кардиореспираторные датчики (используется программа Cardio 2.0).

3. Пациенту даются инструкции представлять себе максимально пугающую ситуацию со всеми сопутствующими ощущениями и мыслями, фиксироваться на неприятных ощущениях, например на сердцебиении, и никак не бороться с возникающим страхом. Предлагается максимально долго находиться в состоянии испуга, ничего не предпринимая. Задачей врача является нагнетание страха у пациента, для чего используются, в том числе, данные обратной связи. Так, психотерапевт может сказать, что «сердцебиение усилилось и дошло до 120 ударов, посмотрите на монитор, как у вас быстро бьется сердце». Такие данные, как частота сердечных сокращений, скачущий столбик, отражающий ЧСС, линия ЭКГ, быстро вызывают нарастание страха у пациента. Для его усиления больному можно предложить быстро и глубоко дышать, что неминуемо приведет к развитию панической атаки. Когда панический приступ спровоцирован, главной задачей психотерапевта становится удержание пациента от любых действий направленных на смягчение страха, особенно от прерывания процедуры. Врач должен настойчиво и непреклонно предлагать бояться еще сильнее и параллельно жестко конфронтировать пациента с реальным положением дел: «Несмотря на то, что ваше сердце колотится очень быстро, вы, почему то, все еще живы, и сердечного приступа все не наблюдается, по-моему, вы просто напуганы и ничего более, а от страха помереть нельзя, или, вы все таки постараетесь опровергнуть мое мнение, и помереть прямо здесь».

Интенсивный страх будет удерживаться не более 5-10 минут, а потом резко пойдет на спад, что сразу же приведет к снижению ЧСС. Этот факт немедленно подчеркивается врачом: «Похоже, вы уже перебоались, и сердце стало биться нормально. Так, где же обещанная смерть от инфаркта?»

4. Результаты процедуры подробно обсуждаются с пациентом.

В обсуждении акцент ставиться на том, что, если не бороться со страхом, а бояться со всей силы, страх быстро угасает, а сам по себе страх не

может причинить никакого вреда, что и демонстрирует проведенная процедура.

Имплозивная терапия отличается сложностью, но в то же время быстро приводит к угасанию патологических рефлексов и изменениям в структурном ракурсе поведения пациента, так как у него, после пережитого, больше нет возможности считать свои состояния «инфарктами» и «разрывами сердца»

#### ДЕВЯТЫЙ-ДЕСЯТЫЙ СЕАНСЫ.

Эти сеансы завершают курс лечения и представляют собой десенситизацию в индивидуально-стрессовых условиях, то есть в реальных фобических ситуациях. Пациент вместе с психотерапевтом посещает пугающие ситуации по мере нарастания их сложности и находится в них до полного исчезновения тревоги и страха. Врач предлагает больному применять в индивидуально-стрессовых условиях навыки, полученные при тренировке по методу БОС, то есть контролировать напряжение трапециевидных мышц и использовать диафрагмально-релаксационный тип дыхания по Сметанкину. После посещения фобических ситуаций с врачом, пациент должен побывать в них самостоятельно, в качестве домашнего задания.

Именно наличие изменений во внешнем наблюдаемом поведении является единственным достоверным критерием успешности лечения.

По окончании симптоматического лечения и при наличии запроса со стороны пациента проводится психотерапевтическое лечение, центрированное на изменении поведения уже в проблемной, конфликтной сфере.

## Рекомендуемая литература:

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Учебное пособие. – М.: Медицина, 2000.
2. Александровский Ю. А., Петраков Б.Д., Басов А.М. Методические рекомендации по изучению пограничных нервно-психических расстройств. – М., 1986. –116с.
3. Губачев Ю.М., Макиенко В.В. Психические расстройства в практике семейного врача. – СПб.: Гиппократ, 1997.
4. Губачев Ю.М., Стабровский Е.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. – Л.: Медицина, 1981.
5. Изард К. Психология эмоций – СПб.: Питер, 1999.
6. Карвасарский Б.Д. Неврозы: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1990.
7. Карвасарский Б.Д., Простомолотов В.Ф. Невротические расстройства внутренних органов. – Кишинёв, 1988. – 166 с.
8. Клинические павловские чтения. Сборник работ. Выпуск первый. – СПб.: Издательство «Петрополис», 2000.
9. II Клинические павловские чтения: «Психосоматика». Сборник работ. Выпуск второй. – СПб.: Издательство «Петрополис», 2001.
10. III Клинические павловские чтения: «Депрессия». Сборник работ. Выпуск третий. – СПб.: Издательство «Человек», 2001.
11. IV Клинические павловские чтения: «Тревога». Сборник работ. Выпуск четвёртый. – СПб.: Издательство «Человек», 2001.
12. Коркина М.В., Цивилько М.А., Мариллов В. В. Нервная анорексия. – М.: Медицина, 1986. – 174с.
13. Курпатов А.В. Депрессия: от реакции до болезни. – М., 2001.
14. Курпатов А.В. «Счастлив по собственному желанию!» (практикум по системной поведенческой психотерапии). – СПб.: Издательство «Петрополис», 2002.
15. Курпатов А.В., Аверьянов Г.Г. Психические расстройства в практике врача общего профиля. – СПб.: Издательство «Петрополис», 2001.
16. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии - Женева: Всемирная Организация Здравоохранения, 1998.-208с.
17. Мак-Маллин Р. Практикум по когнитивной психотерапии.- СПб.: Речь, 2001.- 560с.
18. Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования.- СПб.: Питер,2000.-464с
19. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия -М.: Экспертное бюро-М, 1997.-496с.
20. Свядощ А.М. Неврозы – М.: Медицина, 1982. – 366с.
21. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. – М.: Медицина, 1986.