

## Методы и методики

### ПАНИКА И ПАНИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО: МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ

© Ковпак Д.В.

к.м.н., кафедра психотерапии, медицинской психологии и сексологии Северо-Западного Государственного Медицинского Университета им. И.И. Мечникова,  
Международный консультативный комитет Института Бека  
kovpak@list.ru

В статье рассматривается состояние паники, панические атаки и паническое расстройство. Даны описания клинических феноменов и симптомов панического расстройства, описаны проблематика и недостатки современных гипотез и представлений об этиопатогенезе панического расстройства и факторах, способствующих возникновению, развитию и поддержанию этого расстройства. Описаны основные виды его диагностики, включая наиболее часто используемые тесты, шкалы и инструментальные методы дифференциальной диагностики. Подчеркнута роль личностных, семейных, социальных и биологических факторов, но в тоже время отмечается недостаточность данных в пользу ведущей роли какого-либо из них, рассматривается совокупность факторов, описанных биопсихосоциальной моделью, рассмотрена роль когнитивных факторов и искажений, дисфункционального мышления и убеждений. Также в статье упомянуты ведущие этапы, методы и техники современной когнитивно-поведенческой терапии панического расстройства. Описывается набор терапевтических мероприятий, способствующих совладанию с паническим расстройством и его преодолению: психообразование, терапевтические отношения, тренинги навыков, когнитивная реструктуризация и экспозиция.

**Ключевые слова:** паника, паническая атака, паническое расстройство, психотерапия, когнитивно-поведенческая терапия, экспозиция.

#### Введение

Понятие паники было предложено в психиатрии как описание разновидности тревоги. По определению американского психиатра Марка С. Голда (1969), паника – это «внезапно возникающая волна ужаса», это тревога, характеризующаяся внезапным началом и высокой интенсивностью. В современно клинической литературе часто используется термин паническая атака, описывающий внезапный приступ тяжёлой тревоги и страха, без связи с объективными угрозами для жизни или здоровья, сопровождаемый тягостными телесными ощущениями (например, сердцебиение, чувство удушья, боль в груди, головокружение, диарея). Паническая атака характеризуется быстрым нарастанием страха и, в большинстве случаев, кратковременностью. Обычно это состояние интенсивной тревоги сопровожда-

ется соматовегетативными симптомами и различными страхами, например, страхом смерти, с восприятием телесных проявлений паники как признаков развития опасных для жизни состояний или заболеваний (например, инфаркта миокарда или инсульта), страхом сойти с ума или потерять контроль над собой. Эти тревожные мысли, ошибочные интерпретации и ожидания усиливают состояние паники.

Слово «паника» ведёт свое происхождение от имени древнегреческого бога Пана. Согласно мифам, неожиданно появившийся Пан вызывал такой ужас, что человек опрометью бросался бежать, не разбирая дороги, не отдавая себе отчета в том, что само подобное бегство могло грозить ему травмами или даже гибелью.

Термин «паническая атака» получил признание во всем мире благодаря классификации,

предложенной Американской ассоциацией психиатров в 1980 году. Термины «вегетативный приступ» или «диэнцефальный криз», традиционные для отечественной медицины, описывают подобное состояние, но делают акцент на его вегетативных проявлениях.

DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), ICD-10 (World Health Organization, 1994) и ICD-11 (World Health Organization, 2019) описывают панические атаки в качестве отдельных эпизодов сильного волнения или страха, которые возникают внезапно, достигают своего максимума в течение нескольких минут и сопровождаются, по меньшей мере, четырьмя из перечисленных симптомов (слегка варьируют в двух приведенных руководствах): одышка, учащенное сердцебиение, боль в груди, головокружение, дрожь, усиленное потоотделение, ощущение удушья, сухость во рту, тошнота, дереализация, парестезии (например, онемение или покалывание, главным образом, в губах или пальцах рук), озноб или внезапные приливы, а также страх потери контроля, страх смерти или сумасшествия.

Как отмечается в МКБ-11: расстройства, связанные с тревогой и страхом, характеризуются чрезмерным переживанием страха и тревоги и соответствующими нарушениями поведения, при этом симптомы настолько выражены, что приводят к значительному дистрессу или нарушениям в личной, семейной, социальной, учебной профессиональной и других важных сферах функционирования. Страх и тревога – это тесно связанные явления; страх представляет собой реакцию на угрозу, воспринимаемую как неминуемую в настоящий момент, в то время как тревога больше направлена в будущее и относится к восприятию предполагаемой угрозы.

Один из основных признаков, по которому Расстройства, связанные с тревогой и страхом, отличаются друг от друга, это фокус опасений, т.е. стимул или ситуация, которые вызывают страх или тревогу. Клиническая картина расстройств, связанных с тревогой и страхом, как правило, включает специфические сопутствующие когнитивные особенности, которые могут иметь значение для прояснения фокуса опасений при дифференциальной диагностике данных расстройств.

Паническая атака в психической сфере помимо чувства тревоги и страха проявляется также и в виде внезапной дезориентации, как будто привычный поток жизни обрушивается, человек воспринимает текущую внешнюю и внутреннюю ситуацию и обстановку как угрожающую и чувствует себя отрезанным от того, что раньше помогало осознать себя в безопасности и быть уверенным в себе. Весь мир как будто бы стремительно отдаляется и становится тусклым пятном на другом конце калейдоскопа. Как говорят пациенты: «Меня накрыло какой-то пленкой; я как под колпаком; это как будто ты нырнул куда-то в глубину» и т.д.

Наиболее частыми катастрофическими ожиданиями фантазиями пациентов на острие приступа паники является переживание надвигающейся смерти или беспомощности, потери контроля над собой и ситуацией.

Страдающих тревогой и страхами особенно пугает то, что приступы паники возникают вроде бы без причины или в такой ситуации, когда у человека, казалось бы, нет никакого повода нервничать или чего-то бояться. Скорость, с которой нарастают приступы, их сила и странные физические ощущения, лишь обостряют чувство страха и беспомощности. Наиболее распространены такие панические симптомы, как:

- Одышка (диспноэ) или ощущение нехватки воздуха;
- Головокружение, ощущение неустойчивости;
- Сердцебиение (тахикардия);
- Тремор;
- Потливость;
- Чувство удушья или комка в горле;
- Тошнота;
- Деперсонализация или дереализация;
- Ощущение онемения или покалывания;
- Приливы жара или озноб;
- Загрудинная боль, чувство дискомфорта в груди;
- Страх смерти;
- Страх сойти с ума или потерять самообладание.

### Этиология и патогенез панического расстройства

Эволюционно состояние тревоги, даже паника были необходимы, и, скорее всего, закрепились в геноме. Это позволяло использовать гипермобилизацию, «взрывное» поведение, очень энергоемкое, но в некоторых случаях, возможно, спасавшее жизнь и поэтому передавшееся по наследству. Тревога, как и иные эмоции, отточенный эволюцией элемент механизма адаптации, способствующий выживанию.

Если бы не существовало тревоги и страха, то было бы непросто быстро подготовить организм к интенсивной работе и качественно отреагировать на внезапную угрозу. В тех случаях, когда мы не успеваем все сознательно обдумать и взвесить, когда нет времени на долгие рассуждения, тревогой и страхом включается работа инстинкта самосохранения. Он действует по проверенному неисчислимыми поколениями наших предков шаблону, где для всего организма четко расписана программа, что и как делать. Увидел издали саблезубого тигра, услышал энергичный хруст веток, почуял запах врага – активизируйся и действуй.

Но для современного человека такая гипермобилизация в отсутствие столкновения с физической угрозой для жизни – это в большинстве случаев обременительный анахронизм. Рациональное поведение в момент высоты аффекта значительно утрачивается, и внешнее поведение может восприниматься как обоснованное высокими рисками или прямыми угрозами.

Поэтому в клинической практике сама паническая атака рассматривается как синдром, совокупность симптомов, а паническое расстройство (ПР) как диагноз, выставляемый в ситуации парасизмально возникающих и регулярно повторяющихся эпизодов острой тревоги, ужаса, проживаемого человеком обычно в связи с когнитивными искажениями, т.е. ложными представлениями об угрозе, опасности для здоровья или выживания.

По поводу причин развития панического расстройства (ПР) и его отличия от единичного эпизода обычного страха или даже паники существует целый ряд мнений, гипотез и теорий. Исследователи, ученые и практики пока не пришли

к единому и исчерпывающему ответу. Ряд из них придерживается биологических причин и моделей развития панического расстройства, обосновывая его механизмами обмена нейромедиаторов и генетической предрасположенностью, другие же рассматривают в качестве ведущих психолого-социальные факторы, третьи, составляющие на сегодня большинство, стараются рассматривать всю совокупность факторов (так называемая биопсихосоциальная модель). Поэтому данная статья преследует цель прояснения роли психосоциальных факторов в генезе и развитии ПР, а также обосновании значимости психологических моделей и психотерапии в лечении данного расстройства.

ПР наиболее часто встречается в возрасте от 25 до 64 лет, данные большинства эпидемиологических исследований показывают 2–4-кратное преобладание женщин над мужчинами. Распространенность данного расстройства среди населения составляет по разным исследованиям от 2 до 5%.

Первый приступ паники развивается, когда суммируются сразу несколько факторов. Конкретное сочетание условий для каждого человека свое. Но, в целом все они укладываются в концепцию биопсихосоциальной модели. Она была впервые предложена Джорджем Л. Энгелем и Джоном Романо из Рочестерского университета в 1977 году. В отличие от только биомедицинского, Энгель стремился к более целостному подходу, признавая, что у каждого пациента есть свои собственные мысли, чувства и история. Тем не менее, стоит перечислить типичные факторы, способствующие развитию и регулярности паники, которые, объединившись в цепь, формируют ПР и превращают жизнь большинства пациентов в замкнутый круг страдания.

Психологические и личностные факторы – большинство пациентов, страдающих тревогой и страхами, относятся к категории людей, у которых доминируют такие черты личности, как тревожность, мнительность, впечатлительность, высокая требовательность к себе и другим, максимализм, катастрофический тип мышления, гиперконтроль. В связи с этим подобные люди склонны своими рассуждениями и реакциями

чаще провоцировать насыщенные эмоциональные переживания и телесные гиперреакции. Чересчур драматическое или даже катастрофическое восприятие текущих и особенно воображаемых проблем приводит к хронической психоэмоциональной перегрузке, которая до поры до времени компенсируется ресурсами организма и внешней поддержкой.

Для таких людей характерны общая негативная аффективность, склонность к регулярному переживанию негативных эмоций и тревожная сенситивность – предрасположенность к негативной оценке различных проявлений тревоги и представления об их негативных последствиях для здоровья, тревожным руминациям, застреваниям на размышлениях по поводу паники и негативных прогнозах в связи с ней.

При обсуждении анамнеза у многих пациентов с ПР в их ожиданиях от будущего в преморбиде возникали сценарии, которые угрожали радикально ухудшить качество жизни или угрожали ей самой (так называемая психологическая, физическая или социальная ментальная «ловушка»).

В клинической практике специалисты иногда сталкиваются с ситуацией, в которых приступы паники встречаются у нескольких членов семьи и не только у кровных родственников. Имеются исследования, указывающие на то, что дети, воспитанные матерями, страдающими ПР, чаще страдают этим расстройством, по сравнению с пациентами у чьих матерей не было ПР. На сегодняшний день нет однозначных доказательств, отражает ли данный факт влияние генетического фактора, тревожной готовности, как результата воспитания, или их комбинацию.

Причиной этого может служить механизм моделирования, описанный еще психологом Альбертом Бандурой. Ребенок как губка впитывает то, что видит вокруг себя. Модели поведения значимых взрослых, в первую очередь родителей, воспринимаются им безоговорочно и некритично в качестве единственно правильного и возможного варианта поведения.

Следовательно, неосознанно (как для самого ребенка, так и для его родителей) идет передача тех стереотипов поведения и жизненных стратегий, включая компенсаторные, которые присущи

членам данной семьи. Многие люди, страдающие тревожными расстройствами, имели в анамнезе выраженную сепарационную тревогу, по их собственным словам, выросли в семьях, где друг к другу относились прохладно, но требовательно, особой заботы и поддержки не проявляли или проявляли формально, но жили по жестким правилам. Или в других вариантах, какой-то период детства будущие пациенты с паническим расстройством находились в ситуации гиперопеки и жесткого формального контроля.

Те, кто, став взрослыми, обнаруживают, что подвержены тревоге и страхам, в детстве, как правило, испытывали сильнейший «страх разлученных» и страх отсутствия поддержки и неуверенности в будущем, который превращал их в беспомощных, боящихся одиночества, а порой наотрез отказывающихся идти в сад или школу. Психодинамический подход указывает на то, что опыт эмоциональной депривации со значимым другим, олицетворяющим безопасность и отсутствие стабильной привязанности в раннем детстве, приводит к дефициту в структуре личности, определяющим проблемы в дифференциации психических и соматических ощущений и регуляцию аффективного напряжения, что создает предрасположенность для манифестации ПР.

У детей, которые в раннем возрасте оказались в чрезвычайных обстоятельствах, подверглись насилию или испытали психологическую травму, риск заболеть тревожным расстройством значительно возрастает. Наличие плохого обращения в детстве, сексуального и физического насилия в анамнезе пациентов с паническим расстройством встречается чаще, чем при других тревожных расстройствах.

Родители и другие значимые взрослые в окружении ребенка отличаются, например, по степени настойчивости, с которой они обращают внимание детей на потенциальные угрозы («Никогда не разговаривай с незнакомыми людьми», «Цыгане украдут», «Надень шапку или будет менингит») или на физические ощущения и чувства («Ты не заболела?», «Что-то ты неважно выглядишь»). Как шутят сами наши пациенты: «Что бы я ни собрался делать, у моей бабушки есть такая же история, в которой кто-то умер».

Указания родителей, дедушек и бабушек, а также других родственников и знакомых, а главное, впечатления от их императивных требований, примеров и рассказов в не меньшей степени, чем реальный жизненный опыт, определяют чувствительность ребенка в отношении тех угроз, которые в социуме (как микросоциуме — семье, так и в макросоциуме данного города, региона, страны) рассматриваются как существенные.

### **Фобия и паническое расстройство**

Д. Барлоу, известный в США психиатр и когнитивно-поведенческий терапевт, в своей книге посвященной тревоге и тревожным расстройствам 2002 года пишет, что «страх — это первобытный сигнал тревоги в ответ на непосредственную опасность, характеризующийся сильным возбуждением и тенденциями к активным действиям». А. Бек отмечает, что страх — это автоматическая реакция нейрофизиологического состояния организма человека из-за тревоги, возникшей вследствие когнитивной оценки неизбежной угрозы или физической опасности, а также опасности для личности.

Тревожность представляет собой комплекс когнитивных, эмоциональных, физиологических и поведенческих реакции системы (т.е. система быстрого реагирования на «режим опасности»), который активируется при ожидании непредсказуемых, неконтролируемых событий или обстоятельств, потенциально угрожающих жизненно важным интересам человека.

Фобия (от греческого *phobos*, страх) — это стойкий и необоснованный страх перед отдельными предметами, людьми или животными, действиями или ситуациями. Люди, страдающие фобией, испытывают трепет даже при мысли о пугающих предметах или ситуациях, но они могут чувствовать себя вполне комфортно до тех пор, пока им удается избегать этого объекта и мыслей о нем. Большинство из них к тому же хорошо понимают, что их страхи чрезмерны и необоснованны.

Физические недуги с симптомами сильной тревоги и даже «паники» хоть и редки, но существуют. Например, заболевания щитовидной железы могут вызывать симптомы, весьма похожие на симптомы тревоги, страха и паники.

К некоторым факторам, способным вызвать симптомы паники, относятся:

- грубые нарушения сердечного ритма (аритмия) и, иногда, сердечно-сосудистые заболевания;
- заболевания органов дыхания;
- злоупотребление некоторыми лекарствами, например, противоастматическими;
- редкие заболевания желез внутренней секреции, от которых зависит содержание гормонов и других веществ в крови (например, феохромоцитомы — опухоль, с преимущественной локализацией в мозговом веществе надпочечников, состоящая из хромоаффинных клеток и секретирующая большие количества катехоламинов);
- редкие разновидности эпилепсии;
- опухоли головного мозга
- злоупотребление или слишком резкое прекращение употребления кофе, лекарств или алкоголя.

В диагностике, различают паническое расстройство с агорафобией и без нее. Лица с диагностированным паническим расстройством с агорафобией сообщают об определенных ситуациях, в которых, по их мнению, повышена вероятность возникновения приступа или он будет носить более катастрофический характер, и пытаются всячески избежать этих ситуаций. По мере продолжения приступов паники они могут связываться с различными жизненными обстоятельствами, которые становятся условными фобическими триггерами.

Панические приступы, однажды возникнув, имеют тенденцию к закреплению и повторяются в сходных ситуациях (места большого скопления людей, общественный транспорт, полеты на самолете, нахождение в лифте и пр.) У больных возникают тревожные ожидания возможности повторения приступов (антиципационная тревога). Нередко устойчивое чувство страха формируется уже после первого пароксизма и касается той ситуации, в которой он возник (лифт, автобус, маршрутка, метро, магазин, толпа, парикмахерская и пр.). Если приступ случается дома, в одиночестве, часто появляется страх оставаться дома одному. Это способствует формированию особого режима ограничительного охранитель-

ного поведения, так называемого поведения избегания или фобического поведения, которое формируется из ситуации прошлого приступа и способствует возникновению агорафобии. В соответствии с МКБ-10 в этом случае устанавливается диагноз «ПР с агорафобией».

Лица с диагнозом паническое расстройство без агорафобии не склонны выделять подобные ситуации и у них не наблюдается выраженного избегающего поведения. Однако, из-за невозможности прогнозировать возникновение очередной панической атаки, у этих лиц отмечается высокий уровень генерализации тревоги в межприступном периоде. У значительной доли пациентов с паническим расстройством в той или иной степени развивается агорафобическое избегание.

В соответствии с когнитивной моделью, оно формируется особенно часто у лиц, у которых первые приступы случились вне дома, в ситуациях, где получение помощи было затруднено и/или сама по себе природа страхов такова, что последствия паники были бы особенно неблагоприятными в агорафобической ситуации.

В соответствии с этим предположением, Мишель Г. Краске и Дэвид Х. Барлоу (Краске, Барлоу, 2021) сообщили о том, что в большинстве случаев первые приступы у пациентов с паническим расстройством с агорафобией развиваются, когда они находятся одни и вне дома; наоборот, у пациентов с паническим расстройством без агорафобии первые приступы развиваются дома в присутствии других лиц.

Кажущаяся внезапной природа некоторых приступов, «словно гром среди ясного неба», позволила многим биологически ориентированным исследователям высказать предположение о том, что паническое расстройство лучше всего рассматривать как нейрохимическое заболевание (Charney, Heninger, Breier, 1984; Klein, 1993). Однако, в середине 80-х гг., ряд исследователей (Beck A.T., Emery G., 1985; Clark, 1986; Clark et al., 1994; Ehlers, Margraf, 1989; Margraf, Ehlers, Roth, 1986; Rapee, 1987; Salkvoskis, 1988; Salkvoskis, Clark, Gelder, 1996) пришли к общему мнению, что паническое расстройство лучше всего трактовать с когнитивных позиций.

### **Когнитивные причины панического расстройства**

Согласно когнитивной модели панического расстройства (Clark, 1986; Clark et al., 1994), панические атаки являются следствием катастрофической ошибочной интерпретации определенных телесных ощущений как свидетельства надвигающейся катастрофы. В большинстве своем, такие ощущения (например, сердцебиение, одышка, головокружение) свойственны обычным тревожным реакциям, однако включают и ряд других.

Вследствие катастрофической интерпретации, эти телесные ощущения воспринимаются как гораздо более опасные, чем они есть на самом деле. В сущности, они расцениваются как свидетельство надвигающейся физической или психической катастрофы. Так, ощущение легкой одышки расценивается как свидетельство скорой остановки дыхания и, как следствие, смерти; ощущение сердцебиения и стеснения в груди – как свидетельство грозящего сердечного приступа; ощущение пульсации в области лба – как свидетельство об инсульте; ощущение дрожи – как надвигающуюся потерю контроля и сумасшествие.

Панические атаки могут быть спровоцированы как внешними (например, для пациента с паническим расстройством с агорафобией отдел супермаркета, лифт, метро или самолет), так и внутренними стимулами (телесные ощущения, мысли, образы). Последовательность событий, приводящая к атаке, начинается с воздействия стимула, который расценивается как признак надвигающейся опасности. Такая интерпретация вызывает состояние ужаса, сопровождающееся широким спектром телесных ощущений.

Если спровоцированные тревогой ощущения интерпретируются катастрофическим способом (оцениваются как признак грядущего сумасшествия, потери сознания, смерти, потери контроля и т.д.), беспокойство нарастает, что приводит к усилению телесных ощущений и формированию порочного круга, кульминацией которого и становится паническая атака.

Когнитивная модель объясняет механизм возникновения панических атак, как развивающихся на фоне предшествующей повышенной

тревоги, так и тех, которые возникают словно гром среди ясного неба.

При панических атаках, изначально подвергающиеся ошибочной интерпретации ощущения связаны с различными эмоциональными состояниями (часто гнев или перевозбуждение), или, такими безобидными событиями, как физические упражнения (одышка, сердцебиение), чрезмерное употребление кофе (сердцебиение) или быстрый переход из вертикального положения в горизонтальное (головокружение).

При таких атаках пациенты часто затрудняются установить границы между запускающими процесс телесными ощущениями и следующей за ними панической атакой, поэтому воспринимают атаку как возникающую без причины. Это логично, принимая во внимание то, как пациенты воспринимают смысл атаки. Так, маловероятно, что пациент, убежденный в наличии у него сердечной патологии, будет отличать учащенное сердцебиение, запускающее паническую атаку от самой атаки. Действительно, он, скорее всего, расценит оба явления как части единого процесса – сердечного приступа или его угрозы.

Применяя когнитивную модель к конкретным пациентам, важно понимать различия между впервые возникшей панической атакой, последующим их повторением и паническим расстройством. По данным опроса населения (Brown, Cash, 1990; Norton, et.al., 2008), до 28% общей популяции в течение жизни испытывают спорадическую, внезапную паническую атаку.

Представляется маловероятным существование единого объяснения этим сравнительно одинаковым, но случайным спонтанным эпизодам. Стрессовые события, гормональные изменения, заболевания, кофеин, лекарственные препараты и разнообразие преходящих патологических состояний – все это может вызывать эпизодические, субъективно спонтанные изменения. Однако, согласно когнитивной модели, менее распространенное состояние повторяющихся панических атак и паническое расстройство (приблизительно 3-5% от общей популяции) развиваются у лиц со сформировавшейся тенденцией интерпретировать эти вегетативные явления катастрофическим образом (Wittchen et.al., 2010; Kessler et.al., 2002).

Такая тенденция может развиваться вследствие научения при наличии соответствующего опыта, который предшествовал первой атаке (например, наблюдение за паникующим родителем или формирование связанного с темой здоровья поведения) (Ehlers, 1993); или может усиливаться в результате того, как пациент, врач или значимые другие ведут себя во время первой панической атаки (например, выражение кем-то страха или другое поведение, указывающее на потенциально опасное состояние).

В исследованиях пациентов с паническим расстройством (Clark, 1986, 1994) было подтверждено основанное на когнитивной модели предположение о том, что повторные панические атаки возникают, потому что пациенты имеют ошибочные убеждения об определенных телесных ощущениях. Исходя из этого, мы должны задать вопрос, что же поддерживает эти негативные убеждения? М. Seligman (Seligman, 1988) обратил внимание на то, что многие пациенты с паническим расстройством устойчивы в поддержании своих ошибочных убеждений относительно телесных ощущений, несмотря на наличие большого опыта, казалось бы, противоречащего их представлениям, основанным на страхе.

Например, пациенты, обеспокоенные возможностью возникновения во время панической атаки сердечного приступа, могут продолжать быть убежденными в этом, несмотря на тысячи не приведших к смерти атак в прошлом и повторные поступления в приемный покой, где им сообщалось о том, что с их сердцем все в порядке.

### Диагностика

В диагностическом процессе используются структурированные и полуструктурированные интервью и клинико-психологический и психометрический метод с использованием большого количества тестов, опросников и шкал: Шкала тревоги Гамильтона (The Hamilton Anxiety Rating Scale, сокр. HARS); Шкала тревоги Бека (The Beck Anxiety Inventory – BAI); Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R); Шкала тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory – STAI); Интегративный тест тревож-

ности (ИТТ – оригинальная клиническая тестовая методика, созданная в 2005 году в НИПНИ им. В. М. Бехтерева А. П. Бизюком, Л. И. Вассерманом и Б. В. Иовлевым); Методика «Я-структурный тест» Г. Аммона (ISTA), И. Бурбиль (2003), Методика для определения уровня субъективного контроля личности (УСК), Опросник для исследования личностных убеждений «Personal Beliefs Test» (Kassinove, Berger, 1988); Многомерная шкала перфекционизма (Multidimensional perfectionism scale – MPS); Методика «Индекс жизненного стиля» (Life style index); Методика Е. Heim (1988) для определения характера копинг-поведения; Методика совладающего поведения (COPE); Мельбурнский опросник принятия решений (Melbourne decision making questionnaire, – MDMQ); Опросник для исследования межличностных проблем (Inventory of Interpersonal Problems (IIP)); Шкала тревоги Шихана (ShARS) и др.

Для дифференциальной диагностики используются экспериментально-психологический подход и психофизиологический метод (нейрофизиологические исследования), нейро-визуализационные методы такие как – структурные (анатомические – компьютерная томография и ядерномагнитино-резонансная томография, диффузотензорная визуализация) и функциональные (Позитронно-Эмиссионная Томография, фМРТ), а также выявление специфических биомаркеров (глюкоза, кортизон, гидрокортизон, хлориды, гонадотропин, высвобождающий гормон, 17-гидрокси-кортикостерона, гомоцистеина, концентрация тромбоцитарного серотонина и т.д.).

Однако, большинство специалистов сходится во мнении, что в настоящее время не существует каких-либо доказанных инструментальных или лабораторных методов диагностики ПР. Инструментальные и лабораторные исследования применяются для исключения другой патологии, которая может давать схожие симптомы (сосудистые заболевания, опухоли и т.д.).

Существуют ряд опросников самоотчета, позволяющих выявлять связанные с паникой мысли и поведение. Mobility Inventory (Chambless, Caputo, Gracely, Jasin&Williams, 1985) предоставляет широкую оценку агорофобического избегания. Опросник агорофобических когний

(Agoraphobic Cognitions Questionnaire) (Chambless et.al., 1985) позволяет оценить частоту связанных с паникой мыслей. Для выявления связанных с паникой охранительных видов поведения, Д. Кларком и П. Салковским был разработан Опросник Охранительного поведения (Safety Seeking Behaviours Questionnaire).

Для отслеживания прогресса, с целью определения работает ли конкретная стратегия лечения или требуется ее модификация, используется три наиболее распространенных процедуры мониторинга:

1. Опросники для самоотчета. Ежедневная сводная шкала панического расстройства (Clarketal, 1994), которая оценивает частоту и тяжесть паники. Опросник Агорафобических когний (Chambless et.al., 1985, 1986) оценивает частоту и достоверность распространенных мыслей, связанных с паникой. Шкала тревоги Бека (BAI; Beck, Steer, 1993) и Шкала депрессии Бека (BDI; Beck et.al., 1979) являются полезными общими показателями тревожного и подавленного настроения, соответственно. Шкала мобильности (Chambless et.al., 1985) и Опросник охранительного поведения могут быть даны до, в середине и после лечения, для оценки изменений избегающего и охранительного поведения соответственно.

2. Дневник паники. Ежедневный дневник панических атак особенно полезен для выявления панических триггеров, ощущений и мыслей, а также для помощи пациентам отвечать на их мысли, связанные с паникой во время приступа.

3. Внутрисессионные рейтинги убеждений.

## Терапия

Пациентам с установленным диагнозом ПР традиционно назначаются препараты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (при помощи рандомизированных контролируемых исследований обоснована эффективность применения флувоксамина, циталопрама, эсциталопрама, пароксетина) с целью снижения общей тревожности, уменьшения частоты и интенсивности ПА.

В ряде исследований показана равная эффективность психотерапии и психофармако-терапии



при ПР. Надо отметить, что в целом психофармакотерапия дает более быстрое улучшение состояния и требует меньше усилий пациента, временных и экономических затрат, но имеется риск возобновления симптомов при отмене медикаментов. Психотерапия, обычно, дает более качественный эффект и более стойкую ремиссию. Имеются доказательные исследования (РКИ и метаанализы) в отношении ряда методов психотерапии, наиболее обоснованным подходом для ПР принято считать когнитивно-поведенческую терапию.

Однако необходимо помнить, что дизайн доказательных исследований в психотерапии достаточно сложен и клиническая практика по многим параметрам отличается от научного эксперимента. Большое количество источников, показывающих эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии для пациентов с ПР, связаны, в том числе, с возможностью в рамках научных исследований воспроизводить определенные техники, а не с безусловным приоритетом и безальтернативностью этого метода для пациентов с паническим расстройством.

В когнитивно-поведенческой терапии рассматриваются когнитивные модели, где играют роль не только осознанные мысли, но и такие понятия и конструкты, введенные А. Беком, как автоматические мысли и нижележащие убеждения, схемы и ассоциированные с ними паттерны мышления и поведения. То есть некая схематизация опыта, через призму которого человек рассматривает возникающие ситуации. Терапевтические программы, основанные на когнитивно-поведенческом подходе чаще всего, включают в себя несколько составляющих частей.

1) Психообразование – информация образовательного характера, предназначенная для понимания специфики терапии, устранения заблуждений и предвзятых представлений о соматических ощущениях и их произвольных интерпретациях катастрофического характера, ложных посылов относительно последствий проживания состояния тревоги и страха для телесной и психической сфер.

2) Формирование и развитие терапевтических отношений.

3) Тренинги навыков – техники релаксации, дыхательные техники, растяжки и иные упражнения самопомощи для формирования уверенности в возможности влияния на свое психоэмоциональное и физическое состояние, формирование интернального локуса контроля по Дж. Роттеру.

4) Когнитивная реструктуризация. Формирование навыков критического мышления по отношению к своим когнитивным искажениям и дисфункциональным убеждениям. Формирование и закрепление методом систематических тренировок реалистического, логически обоснованного функционального мышления и поведения.

5) Поведенческие методики. В когнитивно-поведенческой терапии панического расстройства наиболее часто используемым методом является экспозиция. Принцип этой техники – «оставайся там» – призван противостоять паническому избеганию. Есть целый ряд вариаций экспозиции:

In vivo exposure – Экспозиция в реальности

Invitro / imaginal exposure – Экспозиция в представлении

Virtual Reality (VR) exposure – Экспозиция с использованием виртуальной реальности

Interoceptive exposure – Интероцептивная экспозиция

Gradual or flooding – Градуированное угашение

With or without rescripting – экспозиция с или без рескриптинга и другие варианты экспозиций.

В терапии тревожно-фобических расстройств проработка предубеждений клиентов нередко требует наглядной демонстрации несостоятельности их ожиданий. В отношении фиксации пациентов на телесных ощущениях и катастрофических ожиданий эффективно работает техника Интероцептивной Экспозиции.

Джон Абрамовиц рассматривает экспозицию как хороший способ проверить ложные ожидания, присутствующее при различных тревожных расстройствах, в частности, о том, что неприятные ощущения невыносимы. Вызывая чувство страха и ощущения его сопровождающие, тревожные клиенты могут получить большую переносимость дистресса. Они могут опровергнуть неверные представления об ощущениях, ретренировав имевшиеся ассоциации дискомфорта

и угроз. И они могут снизить свою гиперчувствительность к ощущениям дискомфорта.

Практики рекомендуют несколько способов, чтобы воссоздать конкретный феномен и многократно пройти через осознанный контакт с дискомфортными ощущениями, которые вызывают опасения тревожных клиентов и перестать от них зависеть:

- Головокружение, головная боль: тряска головой из стороны в сторону (30 секунд, 2 оборота в секунду, с открытыми глазами)
- Спазмы в горле, одышка, сухость во рту: быстро глотать (10 раз)
- Стеснение в груди, одышка, приливы жара: выдыхание «через соломинку» (30 секунд, как можно глубже)
- Дерезализация, головокружение: гипервентиляции (60 секунд, стоя)
- Дезориентация, тошнота: поместите голову между ног (30 секунд)
- Сердцебиение, ощущение жара: бег на месте (60 секунд)
- Легкое головокружение и небольшой дискомфорт в голове: задержите дыхание (60 секунд)
- Головокружение: вертеться вокруг своей оси (30 секунд).

Цель этих техник – преодолеть избегание, не уменьшать беспокойство, а переносить беспокойство и дискомфорт, а также разрабатывать более гибкие ответные меры.

Таким образом, экспозиция опровергает ожидаемые катастрофические результаты и дает новый опыт, который создает новые убеждения и образы. Старые убеждения о пугающем исходе не стираются, но закладывается новый опыт, резко ограничивающий их влияние.

6) Профилактика рецидивов

7) Подготовка к завершению терапии, бустерные сессии и завершение терапии

В терапии используется большое количество когнитивных техник, направленных на когнитивную реструктуризацию и реатрибуцию, а также такие поведенческие техники как наводнение, десенсибилизация, экспозиция, тренировки принятия, майндфулнесс, тренировка внимания в метакогнитивной терапии и другие.

Таким образом, несмотря на сохраняющиеся разногласия ученых о природе панического расстройства, его генезе и специфике механизмов развития, психотерапия и психологические методы помощи страдающим от ПР играют существенную роль в их лечении и доказали свою клиническую эффективность в целом ряде РКИ и метаанализов.

## Литература

- Бек Дж.* Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. СПб.: Питер, 2018.
- Кларк Д.А., Бек А.Т.* Тревога и беспокойство. Когнитивно-поведенческий подход. М: Вильямс, 2018.
- Кларк Д.М., Салковски П.М.* Паническое расстройство. М.: АКБТ, 2020.
- Ковнак Д.В.* Страх ... Тревога ... Фобия Вы можете с ними справиться! Практическое руководство психотерапевта. СПб: Наука и Техника, 2018.
- Краске М. Г., Барлоу Д. Х.* Совладание с тревогой и паникой. Руководство психотерапевта. СПб.: ООО «Диалектика», 2021.
- Лихи Р.* Свобода от тревоги. СПб.: Питер, 2017.
- Beck A.T., Emery G.* (1985). Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. New York: Basic Books.
- Beck A.T., Steer R.A.* (1993). *Manual for the Beck Anxiety Inventory.* San Antonio, TX: Psychological Corp.
- Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., Emery G.* (1979). Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press.
- Beck J.S.* (2011). Cognitive behavior therapy: Basics and beyond (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Brown T.A., Cash, T.F.* (1990). The phenomenon of non-clinical panic: parameters of panic, fear, and avoidance. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 15- 29
- Chambless D.L., Caputo G.C., Jasin S.E., Gracely E.J., Williams C.* (1985). The mobility inventory for agoraphobia. *Behaviour research and therapy*, 23(1), 35-44. doi:10.1016/0005-7967(85)90140-8

*Chambless D.L., Goldstein A.J.* (1986). Agoraphobia: Multiple perspectives on theory and treatment. New York: John Wiley&Sons.

*Charney D., Heninger G.R., Breier A.* (1984). Noradrenergic function in panic anxiety. Effects of yohimbine in healthy subjects and patients with agoraphobia and panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 43, 1042-1055.

*Clark D.M., Salkovskis P.M., Hackmann A., Middleton H., Anastasiades P., Gelder M.* (1994). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 164, 759-769.

*Clark D.M.* (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour research and therapy*, 24(4), 461-470. doi:10.1016/0005-7967(86)90011-2

*Ehlers A.* (1993). Somatic symptoms and panic attacks; A retrospective study of learning experiences. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 269-278.

*Ehlers A., Margraf J.* (1989). The psychophysiological model of panic attacks. In P.M. G. Emmelkamp, W. T. A. M. Everaerd, F.W. Kraaimaat & M. J. M. van Son (Eds.), *Fresh Perspectives on Anxiety Disorders*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.

*Kassinove H., Berger A.* Survey of personal beliefs//Hofstra University: Personal communication - 1988. - P. 100 - 113.

*Kessler R.C., Andrews G., Colpe L.J., Hiripi E., Mroczek D.K., Normand S.L., Walters E.E., Zaslavsky A.M.* Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med* 2002; 32(6):959-976.

*Klein D.F.* (1993). False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions. An integrative hypothesis. *Arch Gen Psychiatry*, 50(4), 306-317.

*Margraf J., Ehlers A., Roth W.T.* (1986). Sodium lactate infusions and panic attacks: a review and critique. *Psychosomatic Medicine*, 48(1-2), 23-51.

*Norton P.J., Zvolensky M.J., Bonn-Mill, M.O., Cox B. J., Norton G. R.* (2008). Use of the Panic Attack Questionnaire-IV to assess non-clinical panic attacks and limited symptom panic attacks in student and community samples. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(7), 1159-1171. doi:10.1016/j.janxdis.2007.12.002

*Rapee R.M.* (1987). The psychological treatment of panic attacks: Theoretical conceptualization and review of evidence. *Clinical Psychology Review*, 7, 427-438. doi:10.1016/0272-7358(87)90020-1

*Salkovskis P. M.* (1988). Phenomenology, assessment, and the cognitive model of panic. In S. Rachman (Ed.), *Panic: psychological perspectives* (pp. 111-136). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates

*Salkovskis P., Clark D., Gelder M.* (1996). Cognition-behaviour links in the persistence of panic. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 453-458.

*Seligman M. E. P.* (1988). Competing theories of panic. In S. Rachman & J. D. Maser (Eds.), *Panic: Psychological Perspectives* (pp. 321-330). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

*Wittchen H.U., Gloster A.T., Beesdo-Baum K., Fava G. A., Craske M. G.* (2010). Agoraphobia: a review of the diagnostic classificatory position and criteria. *Depression and Anxiety*, 27(2), 113.

Статья поступила в редакцию 24.09.2021

## PANIC AND PANIC DISORDER: METHODS OF DIAGNOSIS AND THERAPY

© Ковпак Д.В.

PhD. (Medical Sciences), Department of Psychotherapy, Medical Psychology and Sexology of the I.I. Mechnikov Northwestern State Medical University,  
International Advisory Committee of the Beck Institute  
[kovpak@list.ru](mailto:kovpak@list.ru)

The article discusses the state of panic, panic attacks, and panic disorder. The clinical phenomena and symptoms of panic disorder are described, the problems and shortcomings of modern hypotheses and ideas about the etiopathogenesis of panic disorder, as well as the factors contributing to the emergence, development and maintenance of this disorder are described. The main types of its diagnostics are described, including the most frequently used tests, scales, and instrumental methods of differential diagnosis. The role of personal, family, social, and biological factors is emphasized although there is insufficient data in favor of the leading role of any of them; the set of factors described by the biopsychosocial model is considered; the role of cognitive factors and distortions, dysfunctional thinking, and beliefs is considered (reviewed). The article also mentions the leading stages, methods, and techniques of modern cognitive behavioral therapy of panic disorder. A set of therapeutic measures that contribute to coping with panic disorder and overcoming it is described, such as psychoeducation, therapeutic relationships, skills training, cognitive restructuring, and exposure.

**Keywords:** panic, panic attack, panic disorder, psychotherapy, cognitive behavioral therapy, exposure.

*Bek Dz.* (2018). Kognitivno-povedencheskaya terapiya. Ot osnov k napravleniyam. SPb.: Piter.

*Klark D.A., Bek A.T.* (2018). Trevoga i bespokojstvo. Kognitivno-povedencheskij podxod. M: Vil`yams.

*Klark D.M., Salkovskis P.M.* (2020). Panicheskoe rasstrojstvo. M.: AKBТ.

*Kovpak D.V.* (2018). Strax ... Trevoga ... Fobiya Vy` mozhete s nimi spravit`sya! Prakticheskoe rukovodstvo psixoterapevta. SPb: Nauka i Texnika.

*Kraske M.G., Barlou D.X.* (2021). Sovladanie s trevojoj i panikoj. Rukovodstvo psixoterapevta – SPb.: ООО «Dialektika».

*Lixi R.* (2017). Svoboda ot trevogi. SPb.: Piter.

*Beck A.T., Emery G.* (1985). Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. New York: Basic Books.

*Beck A.T., Steer R.A.* (1993). Manual for the Beck Anxiety Inventory. San Antonio, TX: Psychological Corp.

*Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., Emery G.* (1979). Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press.

*Beck J.S.* (2011). Cognitive behavior therapy: Basics and beyond (2nd ed.). New York: Guilford Press.

*Brown T. A., Cash, T. F.* (1990). The phenomenon of non-clinical panic: parameters of panic, fear, and avoidance. Journal of Anxiety Disorders, 4, 15-29

*Chambless D.L., Caputo G.C., Jasin S.E., Gracely E.J., Williams C.* (1985). The mobility inventory for agoraphobia. Behaviour research and therapy, 23(1), 35-44. doi:10.1016/0005-7967(85)90140-8

*Chambless D.L., Goldstein A.J.* (1986). Agoraphobia: Multiple perspectives on theory and treatment. New York: John Wiley&Sons.

*Charney D., Heninger G.R., Breir A.* (1984). Noradrenergic function in panic anxiety. Effects of yohimbine in helthy subjects and patients with agoraphobia and panic disorder. Archives of General Psychiatry, 43, 1042-1055.

Clark D.M., Salkovskis P.M., Hackmann A., Middleton H., Anastasiades P., Gelder M. (1994). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 164, 759–769.

Clark D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour research and therapy*, 24(4), 461-470. doi:10.1016/0005-7967(86)90011-2

Ehlers A. (1993). Somatic symptoms and panic attacks; A retrospective study of learning experiences. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 269-278.

Ehlers A., Margraf J. (1989). The psychophysiological model of panic attacks. In P. M. G. Emmelkamp, W. T. A. M. Everaerd, F. W. Kraaimaat, & M. J. M. van Son (Eds.), *Fresh Perspectives on Anxiety Disorders*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.

Kassinove H., Berger A. Survey of personal beliefs//Hofstra University: Personal communication. 1988. P. 100-113.

Kessler R.C., Andrews G., Colpe L.J., Hiripi E., Mroczek D.K., Normand S.L., Walters E.E., Zaslavsky A.M. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med* 2002; 32(6):959-976.

Klein D.F. (1993). False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions. An integrative hypothesis. *Arch Gen Psychiatry*, 50(4), 306-317.

Margraf J., Ehlers A., Roth W.T. (1986). Sodium lactate infusions and panic attacks: a review and critique. *Psychosomatic Medicine*, 48(1-2), 23-51.

Norton P.J., Zvolensky M.J., Bonn-Mille M.O., Cox B. J., Norton G. R. (2008). Use of the Panic Attack Questionnaire-IV to assess non-clinical panic attacks and limited symptom panic attacks in student and community samples. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(7), 1159-1171. doi:10.1016/j.janxdis.2007.12.002

Rapee R.M. (1987). The psychological treatment of panic attacks: Theoretical conceptualization and review of evidence. *Clinical Psychology Review*, 7, 427-438. doi:10.1016/0272-7358(87)90020-1

Salkovskis P.M. (1988). Phenomenology, assessment, and the cognitive model of panic. In S. Rachman (Ed.), *Panic: psychological perspectives* (pp. 111-136). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates

Salkovskis P., Clark D., Gelder M. (1996). Cognition-behaviour links in the persistence of panic. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 453–458.

Seligman M. E. P. (1988). Competing theories of panic. In S. Rachman & J. D. Maser (Eds.), *Panic: Psychological Perspectives* (pp. 321-330). Hillsdale, NJ.: Lawrence Erlbaum Associates.

Wittchen H.U., Gloster A.T., Beesdo-Baum K., Fava G.A., Craske M.G. (2010). Agoraphobia: a review of the diagnostic classificatory position and criteria. *Depression and Anxiety*, 27(2), 113.

The article was received 24.09.2021