

Российское общество психиатров

ПРОЕКТ

**Диагностика и лечение тревожных расстройств невротического уровня
(тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств)**

Клинические рекомендации

Москва, 2015

Оглавление

1. Методология	
1.1. Общие положения	3
1.2. Уровни доказательности и параметры оценки силы рекомендаций	4
2. Определение, принципы диагностики тревожных расстройств невротического уровня	
2.1. Соотношение диагностических критериев тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств в классификациях DSM-IV и МКБ-10	7
2.2. Критерии диагностики тревожно-фобических расстройств	8
2.3. Критерии диагностики панического расстройства	11
2.4. Критерии диагностики генерализованного тревожного расстройства	17
2.5. Предикторы затяжного течения тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств	21
2.6. Алгоритм диагностики тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств	22
3. Принципы и алгоритмы лечения тревожных расстройств невротического уровня	
3.1. Принципы организации медицинской помощи больным с тревожно-фобическими, паническим и генерализованным тревожным расстройствами	30
3.2. Показания для амбулаторного и стационарного лечения	31
3.3. Психофармакотерапия тревожно-фобических расстройств	31
3.4. Психофармакотерапия панического расстройства	33
3.5. Психофармакотерапия генерализованного тревожного расстройства	34
3.6. Психотерапия при тревожных расстройствах невротического уровня	36

1. МЕТОДОЛОГИЯ

1.1. Общие положения

Клинические рекомендации определяют основные принципы диагностики и лечения пациентов с тревожными расстройствами невротического уровня (тревожно-фобическими, паническим, генерализованным тревожным расстройствами) на различных этапах оказания психиатрической и психотерапевтической помощи в соответствии с требованиями медицины, основанной на доказательствах.

Рекомендуются те методы и препараты, которые на основе доказанных научных представлений и практических успехов здравоохранения, позволяют достигать быстрого восстановления трудоспособности пациентов, сокращать сроки их лечения, предотвращать формирование затяжных, хронических форм заболевания, снижать вероятность возникновения их рецидивов и декомпенсации состояния.

Клинические рекомендации предназначены психотерапевтам, психиатрам и клиническим психологам, врачам общей практики.

Разработаны в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева.

Авторы: главный научный сотрудник, д.м.н. Караваева Т.А., ведущий научный сотрудник, д.м.н., Васильева А.В., ведущий научный сотрудник, к.м.н., Полторац С.В., ведущий научный сотрудник, профессор, д.м.н. Чехлатый Е.И., научный сотрудник, к.м.н. Колесова Ю.П., старший научный сотрудник, к.п.н. Мизинова Е.Б., младший научный сотрудник Гребенюков С.В., младший научный сотрудник Белан Р.М., младший научный сотрудник Лукошкина Е. П.

Тревожные расстройства невротического уровня имеют широкую распространенность среди населения. В основе их развития лежат как биологические, так и психологические, и социальные факторы, что определяет необходимость комплексного подхода к их диагностике и лечению, является основой эффективного патогенетически обоснованного применения всего спектра современных биологических и психосоциальных вмешательств и обосновывает целесообразность использования различных организационных форм помощи, включая бригадный подход к лечению и реабилитации пациентов.

Актуальность разработки клинических рекомендаций обоснована следующими нерешенными проблемами:

- широкой распространенностью тревожных состояний среди населения;
- значительным снижением качества жизни у больных с тревожно-фобическими, паническим и генерализованным тревожным расстройствами;
- высоким риском хронизации тревожных нарушений;

- тесной связью клинической картины с внешними социальными, экономическими, культуральными факторами, индивидуальными внешними обстоятельствами;
- недостаточным использованием современных методов исследования, отсутствием достаточных представлений о специфике получаемых с их помощью данных, характерных для нарушений невротического регистра;
- различиями качества и организации психиатрической помощи в различных регионах страны и отдельных лечебно-профилактических учреждений;
- разным уровнем подготовки медицинских и социальных работников;
- недостаточной осведомленностью врачей-психиатров, психотерапевтов о результатах клинических исследований и рекомендациях по применению отдельных методов терапевтического вмешательства, полученных на основе методологии доказательной медицины;
- ограниченными возможностями финансирования психиатрических и психотерапевтических служб.

Цель настоящих рекомендаций – дать практикующим врачам современные и эффективные принципы диагностики тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройства) и доказательно обоснованные подходы к их терапии.

Методы, использованные для сбора / селекции доказательств: поиск в электронных базах данных. Доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрайновскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE. Глубина поиска составила 5 лет.

Источники для анализа доказательств:

Обзоры опубликованных мета-анализов;

Систематические обзоры с таблицами доказательств.

Оценка качества и силы доказательств проводилась **консенсусом экспертов** в соответствии рейтинговой схемой уровней доказательств (схема прилагается).

1.2. Уровни доказательности и параметры оценки силы рекомендаций

В настоящих клинических рекомендациях применяется следующая система оценки доказательности, согласно иерархии достоверности научных данных (при этом следует иметь в виду, что невысокий уровень доказательности – не всегда свидетельство ненадежности данных):

Рейтинговая схема для оценки уровня доказательности:

А) Доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению, которые получены на основании одного, хорошо спланированного, или нескольких рандомизированных клинических исследований (РКИ) или большого систематического обзора (мета-анализа) РКИ.

В) Относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предположение. Доказательства получены на основании по крайней мере одного контролируемого исследования или систематического обзора когортных исследований или РКИ.

С) Доказательства из неконтролируемых исследований или описание случаев/мнений экспертов

С1 – Неконтролируемые исследования

С2 – Описания случаев

С3 – Мнение экспертов или клинический опыт

Д) Неоднородные результаты

Положительные РКИ перевешиваются примерно равным количеством исследований с отрицательным результатом

Е) Отрицательные доказательства

Достаточно отрицательных доказательств: имеется достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения данного лекарственного средства или метода лечения в определенной ситуации.

Ф) Недостаточно доказательств

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучается для оценки ее валидности, что определяет уровень доказательности, присваиваемый публикации, который влияет на силу, вытекающих из нее рекомендаций.

Методологическое изучение базировалось на нескольких ключевых вопросах, отражающих те особенности дизайна исследования, которые влияют на валидность результатов и выводов.

Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо, т.е. по меньшей мере двумя независимыми членами рабочей группы. Какие либо различия в оценках обсуждались всей группой в полном составе. При невозможности достижения консенсуса, привлекался независимый эксперт.

Методы, использованные для формулирования рекомендаций: консенсус экспертов.

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций:

Сила	Описание
1	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные как А, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов
2	группа доказательств, включающие результаты исследований, оцененные, как В, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как А
3	группа доказательств, включающие результаты исследований, оцененные, как С1, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как В
4	Доказательства уровня С2 или С3 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как С1

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs): рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ: анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Метод валидации рекомендаций:

Внешняя экспертная оценка;

Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной практике были рецензированными независимыми экспертами, которые оценивали несколько параметров: полноту освещенных вопросов, точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций, доступность для понимания изложенных положений, четкость и структурность материала, практическая выполнимость рекомендаций.

Экспертная оценка:

Рекомендации рецензировались двумя внешними экспертами, имеющими глубокие профессиональные знания в области изучения панического и генерализованного тревожного расстройства. Проект рекомендаций был выставлен для обсуждения профессиональным сообществом на сайте Российского общества психиатров.

2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ

2.1 Соотношение диагностических критериев тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств в классификациях DSM- IV и МКБ-10

Нозология	DSM-IV	МКБ-10
Тревножно-фобические расстройства	Паническое расстройство с агорафобией Агорафобия без панического расстройства Социальная фобия Простая фобия	Агорафобия без панического расстройства с паническим расстройством Социальные фобии Специфические (изолированные) фобии
Паническое расстройство	Периодически повторяющиеся неожиданные панические атаки	Рекуррентные панические атаки, не связанные со специфическими ситуациями или предметами, или опасностью для жизни
	В течение как минимум месяца после одной из атак отмечается хотя бы один из нижеследующих симптомов: - озабоченность возможностью новых атак; - беспокойство по поводу атак или их последствий; - значительные изменения в поведении, обусловленные атаками	Как минимум 4 симптома: - вегетативная гиперактивность (потливость, тахикардия или тахипное, эпигастральный дискомфорт, головокружение, сухость во рту и др.); - дереализация, деперсонализация - страх потери контроля, сумасшествия, - страх умереть - чувство головокружения, обморочности
Генерализованное тревожное расстройство	Чрезмерная, трудноконтролируемая тревога или беспокойство на протяжении 6 мес, связанная с различными событиями или видами деятельности (такими как работа, учеба)	Напряжение, беспокойство и опасения носят генерализованный и стойкий характер в течение 6 мес и более не ограничиваются какими-либо определенными средовыми обстоятельствами и не возникает с явной предпочтительностью этих обстоятельств

	<p>3 и более симптомов:</p> <ul style="list-style-type: none"> - неусидчивость, взвинченность, «на грани срыва»; - быстрая утомляемость; - нарушение концентрации внимания; - раздражительность; - мышечное напряжение; - нарушения сна 	<p>Как минимум 4 симптома:</p> <ul style="list-style-type: none"> - двигательное напряжение (суеживость, головная боль напряжения, дрожь, невозможность расслабиться); - вегетативная гиперактивность (потливость, тахикардия или тахипное, эпигастральный дискомфорт, головокружение, сухость во рту и др.); - когнитивные нарушения (внимания, память); - настороженность - раздражительность
--	---	--

Несмотря на различие в количестве и содержании диагностических критериев в классификациях DSM- IV и МКБ-10 ими описываются клинически настолько близкие состояния, что приведенные результаты в исследованиях, где они использовались корректны для сравнения и могут быть применены в качестве основы для клинических рекомендаций в России.

2.2. Критерии диагностики тревожно-фобических расстройств

Тревожно-фобические расстройства, F40 – группа расстройств, в клинической картине которых преобладает боязнь определенных ситуаций или объектов (внешних по отношению к субъекту), не представляющих реальной опасности. В результате больной избегает таких ситуаций или переносит их, преодолевая чувство страха.

Необходимо подчеркнуть, что **фобическая тревога**

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - физиологически и поведенчески не отличается от других типов тревоги; - может отличаться по интенсивности от легкого дискомфорта до ужаса; - не уменьшается от сознания того, что другие люди не считают данную ситуацию столь опасной или угрожающей; - даже представление о попадании в фобическую ситуацию обычно вызывает тревогу предвосхищения. |
|---|

Эпидемиология

Тревожно-фобические расстройства встречаются с частотой 5-12%. Большинство фобических расстройств, кроме социальных фобий, чаще встречается у женщин.

Основные критерии диагностики тревожно-фобических расстройств:

1. Тревога, обусловленная вполне определенными ситуациями, которые объективно не опасны.
2. Эти ситуации вызывают их избегание или страх.
3. Тревога может варьировать от легкой степени до ужаса.
4. Появление вегетативных симптомов, обуславливающих вторичные страхи.
5. Субъективная тревога не зависит от объективной оценки окружающих.
6. Тревога предшествует ситуации, способной вызвать страх.
7. Страх заболевания, если он связан с конкретной ситуацией, но не страх заражения (нозофобия) или уродства (дисморфофобия) — тогда он относится к ипохондрическому расстройству (F 45.2).

Принятие критерия, что фобический объект или ситуация являются внешними по отношению к субъекту, подразумевает, что многие страхи наличия какого-либо заболевания (нозофобия) или уродства (дисморфофобия) теперь классифицируются в рубрике F45.2 (ипохондрическое расстройство). Однако, если страх заболевания возникает и повторяется, главным образом, при возможном соприкосновении с инфекцией или загрязнении или является просто страхом медицинских процедур (инъекций, операций и т.д.), либо медицинских учреждений (стоматологических кабинетов, больниц и т.д.), в этом случае подходящей будет рубрика F40.0 (обычно - F40.2, специфические (изолированные) фобии).

Часто фобическая тревожность и депрессия возникают одновременно. Решение о постановке двух диагнозов (тревожно-фобическое расстройство и депрессивный эпизод) или только одного принимают с учетом степени преобладания одного расстройства над другим, а также последовательности их возникновения. Если критерии для депрессивного расстройства существовали еще до того, как впервые появились фобические симптомы, тогда первое расстройство диагностируют как основное.

Критерии агорафобии:

А. Тревога по поводу попадания в места или ситуации, из которых может быть затруднительно выбраться или в которых помощь не может быть оказана вовремя в случае неожиданного или ситуационно спровоцированного развития панических симптомов. Агорафобические страхи обычно происходят в типичных ситуациях, которые включают в себя страх выходить из дома одному, страх толпы или очередей, страх мостов, поездок в автобусе, поезде или автомобиле.

Примечание: При избегании какой-либо одной ситуации диагностируется специфическая (простая) фобия, при избегании социальных ситуаций — социальная фобия.

Б. Ситуации избегаются (например, поездки ограничиваются) или сопровождаются значительными переживаниями и тревогой по поводу возможности развития симптомов паники. Ситуации могут преодолеваются в присутствии кого-либо.

В. Тревога или фобическое избегание не соответствуют больше критериям другого психического расстройства, как, например, «социальная фобия» (избегание определенных социальных ситуаций по причине страха или стеснения), «специфическая фобия» (например, избегание таких конкретных ситуаций, как поездка в лифте), «обсессивно-компульсивное расстройство» (например, избегание грязи в случае страха загрязнения), «посттравматическое стрессовое расстройство» (избегание ситуаций, напоминающих о стрессовом событии) или «тревожное расстройство разлуки» (например; избегание расставания с домом и родственниками).

Критерии социальных фобий:

А. Иррациональный страх пристального внимания со стороны других людей (обычно в малых группах). Возможен как страх оказаться в центре внимания, так и страх повести себя не так. Характерные симптомы – покраснение лица, дрожание рук, тошнота, постоянные позывы на мочеиспускание.

Б. Страх может быть изолированным (например, только страх приема пищи в присутствии других людей, публичных выступлений, встреч с определенным кругом знакомых) или диффузным, включающим почти все социальные ситуации вне семейного круга

В. Больные избегают фобических ситуаций, что в крайних случаях приводит к социальной изоляции.

Критерии специфических (изолированных) фобий:

А. Иррациональный страх какого либо объекта (например, животного) или определенной ситуации (например, высоты, грома, темноты, закрытого пространства, пауков, вида крови, заражения, нозофобии), не относящихся к агорофобии или социальной фобии.

Б. Роль пусковой ситуации расстройства выполняет изолированная ситуация, попа-

дание в которую может вызвать панику.

В. Специфические фобии обычно возникают в детстве или в юношеском возрасте и могут существовать десятилетиями

Г. Снижение адаптации зависит от того, насколько легко больной может избежать фобической ситуации

Классификация специфических фобий:

1. Животных (например, страх насекомых, собак)
2. Естественных природных сил (например, страх ураганов, воды)
3. Крови, инъекций, травм
4. Ситуаций (например, страх лифтов, туннелей)
5. Другой тип фобий.

Дифференциальная диагностика тревожно-фобических расстройств должна проводиться со следующими заболеваниями:

<ul style="list-style-type: none"> - обсессивно-компульсивное расстройство - посттравматическое стрессовое расстройство - генерализованное тревожное расстройство - ипохондрическое расстройство - аффективные расстройства настроения (эндогенная депрессия, рекуррентное депрессивное расстройство, биполярное расстройство, дистимия) - соматоформные расстройства - шизофрения (приступообразная-прогредиентная, вялотекущая), шизотипическое расстройство - расстройства личности (истерическое, ананкастное, тревожное, эмоционально-лабильное) 	<ul style="list-style-type: none"> - эпилепсия - резидуально-органические заболевания головного мозга - органические заболевания головного мозга - гипоталамическое расстройство - патология щитовидной железы - феохромоцитома - артериальная гипертензия - кардиальные аритмии - пролапс митрального клапана - инфекционные заболевания
---	---

2.3. Критерии диагностики панического расстройства

Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога), F41.0 – одно из наиболее распространенных пограничных психических заболеваний, характеризующиеся рецидивирующие приступы резко выраженной тревоги (паники), не связанные с какими-либо специфическими ситуациями или предметами, а, следовательно, непредсказуемыми и спонтанными.

Необходимо подчеркнуть, что приступы паники

- не связаны с проявлением опасности или угрозы;
- не ограничивается известной, предсказуемой ситуацией;
- возникают при обстоятельствах, не вызывающих объективную тревогу;
- отсутствует аура перед приступами;
- имеются свободные от тревоги периоды между атаками;
- не являются следствием прямых физиологических эффектов, опосредованных действием какими-либо веществ (например, лекарственных или наркотических);
- не спровоцированы каким-либо общим медицинским расстройством (например, гипертиреозом).

Эпидемиология

Паническое расстройство наиболее часто встречается в возрасте от 25 до 64 лет, данные большинства эпидемиологических исследований показывают 3–4-кратное преобладание женщин над мужчинами. Распространенность данного заболевания среди населения составляет по разным исследованиям от 2 до 5%.

В структуре **тревожного синдрома** выделяют 3 основных компонента:

1. Непосредственно субъективные переживания т.е. симптом тревоги в собственном смысле.
2. Страх ожидания приступа, поведение избегания.
3. Вегетативные нарушения – «вегетативные кризы». Чаще симпатикотонические, реже смешанные и вагоинсулярные.

Типичная клиническая картина приступа.

Характерное начало симптомами во стороны *сердечно-сосудистой системы* - с внезапно начавшегося «сильного сердцебиения», ощущении «перебоев», «остановки», дискомфорта или боли в области сердца. Большинство панических атак сопровождаются подъемом артериального давления, цифры которого могут быть достаточно значительными. По мере развития заболевания цифры АД снижаются параллельно дезактуализации страха, что может служить надежным диагностическим критерием при дифференциальной диагностике гипертонической болезни с кризовым течением и панического расстройства.

Наиболее выраженные нарушения в *дыхательной системе*: затрудненное дыхание, чувство нехватки воздуха с одышкой и гипервентиляцией, «чувство удушья». Описывая приступ, пациенты сообщают, что «перехватило горло», «перестал поступать воздух», «стало душно». Именно эти ощущения заставляют больного открывать окна, балкон, ис-

кать «свежий воздух». Приступ может начинаться с ощущения удушья, и в этих случаях страх смерти возникает как следствие «затруднения» дыхания.

Реже наблюдаются *желудочно-кишечные расстройства*, такие как тошнота, рвота, отрыжка, неприятные ощущения в эпигастрии.

Как правило, в момент криза наблюдаются головокружение, потливость, тремор с чувством озноба, «волны» жара и холода, парестезии, похолодание кистей и стоп.

В завершающей стадии приступа наблюдается полиурия или частый жидкий стул.

Объективно определяются изменение цвета лица, частоты пульса, колебания АД, причем нередко обнаруживается диссоциация между субъективной регистрацией вегетативных нарушений больными и их выраженностью при объективном осмотре.

Характерные проявления:

Характеристики приступа	<ul style="list-style-type: none"> • дискретность эпизодов • наличие интенсивного страха или дискомфорта • внезапность появления приступа • нарастание максимума в течение нескольких минут • продолжительность по меньшей мере несколько минут
Характеристики вегетативных нарушений	<ul style="list-style-type: none"> • усиление или учащение сердцебиения • потливость, дрожание или тремор • сухость во рту • затруднение дыхания • чувство удушья • боль и дискомфорт в груди • тошнота или дискомфорт в животе • приливы и чувство озноба • онемение или ощущение покалывания
Характеристика психического состояния:	<ul style="list-style-type: none"> • чувство головокружения, неустойчивости, ощущения «предобморочного состояния», • ощущение, что предметы нереальны (дереализация) или что собственное Я отделилось или «находится не здесь» (деперсонализация), • часто присутствуют «вторичные фобии»: страх умереть, потерять контроль над собой или сойти с ума, страх катастрофы с сердцем, инфаркта, инсульта, падения, неловкой ситуации • возможны также дисфорические проявления: раздражительность, обида, агрессия • встречаются депрессивные состояния с тоской, подавленностью, безысходностью, жалостью к себе • могут развиваться истеро- конверсионные расстройства при приступах: «чувство кома в горле», афония, амавроз, мутизм, онемение или слабость в конечностях; также отмечаются атаксия и вытягивание, «выворачивание», «скрючивание» рук.

Вторичные нарушения:

- 1) вторичные страх смерти, утраты самоконтроля, сумасшествия;
- 2) вторичное избегание какой-либо ситуации, в которой паническая атака возникла впервые;
- 3) вторичные страхи остаться одному, людных мест, повторных панических атак;
- 4) вторичные социальные фобии;
- 5) вторичные депрессивные расстройства;
- 6) вторичное злоупотребление алкоголем (с анксиолитической целью);
- 7) вторичная зависимость от седативных средств.

Разновидности панических приступов:

а) по представленности симптомов:

- большие (развернутые) панические приступы — 4 симптома и более,
- малые (симптоматически бедные) — менее 4-х симптомов.

Большие приступы возникают реже, чем малые (1 раз/месяц- неделя), а малые могут возникать до нескольких раз в сутки.

б) по выраженности тех или иных составляющих:

Тип приступов	Преобладающие нарушения
«вегетативные» (типичные)	с преобладанием вегетативных нарушений и недифференцированных фобий.
«гипервентиляционные»	с ведущими гипервентиляционными нарушениями, усиленным дыханием, рефлекторным апноэ, парестезиями, болями в мышцах, связанных с респираторным алкалозом.
«фобические»	фобии преобладают в структуре панической атаки над вегетативной симптоматикой. Возникают при присоединении страха в ситуациях, потенциально опасных, по мнению больного, для возникновения приступов.
«конверсионные»	доминирует истеро-конверсионная симптоматика, нередко с сенестопатическими расстройствами, характерна незначительная выраженность или отсутствие страха и тревоги.
«сенестопатические»	с высокой представленностью сенестопатий.
«аффективные»	с выраженными депрессивными или дисфорическими расстройствами.
«деперсонализационно-дереализационные».	с ощущениями нереальности восприятия себя или окружающего.

Выделение **степеней тяжести панического расстройства** основано на частоте возникновения приступов:

1. **Умеренная степень:** по меньшей мере 4 панические атаки в четырехнедельный период
2. **Тяжелая степень:** по меньшей мере четыре панические атаки в неделю за четыре недели наблюдения

Предрасполагающие факторы:

1. пол – чаще женщины
2. возраст – чаще начало в возрасте 20-30 лет
3. генетическая предрасположенность – наличие панических и тревожных расстройств у родственников первой степени родства, пробандов
4. склонность к катастрофическим оценкам
5. свертревожность и гиперопекаемость со стороны родителей
6. хронические конфликтные ситуации в родительской семье
7. характерные преморбидные особенности - чрезмерная чувствительность, пониженная самооценка, пониженное самодоверие, трудности с разрядкой, ожидаемая тревога и выраженные соматические проявления тревоги.

Течение панического расстройства

По мере прогрессирования в «классических» случаях характерна следующая динамика панического расстройства, которое обычно проходит следующие **стадии:**

1. симптоматически бедные приступы,
2. развернутые приступы паники,
3. ипохондрия,
4. ограниченное фобическое избегание,
5. обширное фобическое избегание,
6. вторичная депрессия.

Заболевание может развиваться медленно в течение месяцев и лет, а может быстро — в течение дней или недель. В 50% случаев паническое расстройство начинается со стадии 1, а в 50% — со стадии 2.

По мере продолжения приступов паники они могут связываться с различными жизненными обстоятельствами, которые становятся как бы условными фобическими раздражителями. Так, панические приступы, возникнув, имеют тенденцию к закреплению и по-

вторяются в сходных ситуациях (места большого скопления людей, общественный транспорт и пр.) У больных возникают опасения возможности повторения приступов (тревога ожидания). Нередко устойчивое чувство страха формируется уже после первого пароксизма и касается той ситуации, в которой он возник (метро, автобус, толпа). Если приступ случается дома, в одиночестве, часто появляется страх одному оставаться дома. Это способствует формированию особого режима охранительного поведения, так называемого поведения избегания или фобического поведения, которое распространяется на ситуацию прошлого приступа и способствует возникновению агорафобии.

В качестве относительно **самостоятельных подтипов** выделяют:

1. паническое расстройство с агорафобией,
2. паническое расстройство без агорафобии,
3. агорафобию без панического расстройства.

Выделяются **три «подтипа» течения** панического расстройства.

1. Представлены только панические атаки, клиническая картина которых расширяется лишь за счет преходящих ипохондрических фобий и агорафобии, носящих вторичный характер. По минованию острого периода и редукции панических приступов происходит и полное обратное развитие всех психопатологических расстройств.
2. К атакам быстро присоединяется агорафобия, которая отличается стойкостью проявлений. Быстро формируется фобическое поведение. По мере обратного развития панических приступов редукция других психопатологических расстройств не происходит. Агорафобия выходит на первый план в клинической картине и приобретает стойкий и не зависимый от атак характер. Основной идеей, которой подчинен весь образ жизни больных, становится ликвидация условий возникновения данных приступов (щадящий образ жизни).
3. Возникновением на фоне панических атак ипохондрических фобий. По миновании развернутых приступов на первый план выдвигаются кардио-, инсульт-, танатофобия, определяющие клиническую картину на протяжении месяцев и даже лет. Отмечается постоянная интроспекция и ипохондрическая озабоченность своим здоровьем, при этом поводом для обострения фобий могут стать самые незначительные отклонения в деятельности организма. В то же время агорафобии и избегающего поведения не отмечается.

Дифференциальная диагностика должна проводиться со следующими заболеваниями:

<ul style="list-style-type: none"> - социальная фобия - специфическая фобия - обсессивно-компульсивное расстройство - посттравматическое стрессовое расстройство - генерализованное тревожное расстройство - аффективные расстройства настроения (эндогенная депрессия, рекуррентное депрессивное расстройство, биполярное расстройство, дистимия) - соматоформные расстройства - шизофрения (приступообразная-прогредиентная, вялотекущая), шизотипическое расстройство - расстройства личности (истерическое, ананкастное, тревожное, эмоционально-лабильное) 	<ul style="list-style-type: none"> - эпилепсия - резидуально-органические заболевания головного мозга - органические заболевания головного мозга - гипоталамическое расстройство - патология щитовидной железы - феохромоцитома - артериальная гипертензия - кардиальные аритмии - пролапс митрального клапана
--	---

2.4. Критерии диагностики генерализованного тревожного расстройства

Генерализованное тревожное расстройство, F 41.1 – распространенная и устойчивая тревога и напряжение, не ограниченные или не вызванные преимущественно каким-либо особыми окружающими обстоятельствами («свободно плавающая тревога»). Заболевание характеризуется хроническим или рекуррентным течением и может приводить к выраженной дезадаптации и повышенному суицидному риску.

Необходимо подчеркнуть, что **тревога:**

- длится не менее 6 месяцев;
- захватывает различные стороны жизни пациента, обстоятельства и виды деятельности;
- направлена преимущественно на предстоящие события;
- не поддается контролю, ее невозможно подавить усилием воли или рациональными убеждениями;
- несоразмерна актуальной жизненной ситуации пациента;
- нередко сопровождается переживаниями чувства вины.

Эпидемиология.

Распространенность генерализованного тревожного расстройства в течение жизни варьирует от 0,1 до 8,5% и в среднем составляет около 5% случаев среди взрослого насе-

ления. Среди других тревожных расстройств составляет существенную долю – от 12 до 25%.

Клиническая картина преимущественно представлена 3 характерными группами симптомов генерализованного тревожного расстройства:

1. Беспокойство и опасения, которые пациенту трудно контролировать и которые длятся больше, чем обычно. Это беспокойство генерализовано и не фокусируется на специфических проблемах, таких как возможность приступа паники (как при паническом расстройстве), оказаться в затруднительном положении (как при социальной фобии) или загрязненным (при обсессивно-компульсивном расстройстве).

Другими психическими симптомами генерализованного тревожного расстройства являются раздражительность, плохая концентрация внимания и чувствительность к шуму.

2. Моторное напряжение, которое может выражаться в мышечном напряжении, треморе, неспособности расслабиться, головной боли (обычно билатеральной и часто в лобной и затылочной областях), ноющих мышечных болях, ригидности мышц, особенно мышц спины и плечевой области.

3. Гиперактивность вегетативной нервной системы, которая выражается повышенным потоотделением, тахикардией, сухостью во рту, дискомфортом в эпигастрии и головокружением и другими симптомами вегетативного возбуждения

Характерные проявления

<p>Психопатологические проявления</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● первичная тревога, проявляющаяся в виде: <ul style="list-style-type: none"> ○ постоянной напряженности, ○ опасений, ○ настороженности, ○ ожидания «плохого», ○ нервозности, ○ неадекватного беспокойства ○ озабоченности по разным причинам (например, по поводу возможных опозданий, качества выполненной работы, соматического недомогания, боязнь несчастного случая или болезни, безопасности детей, финансовых проблем и т.д.) ● чувство головокружения, неустойчивости или обморочности ● чувство, что предметы нереальны (дереализация) или, что собственное Я отделилось или «по настоящему находится не здесь» ● страх потери контроля, сумасшествия или наступающей смерти ● страх умереть ● усиленные проявления на небольшие сюрпризы или на
---------------------------------------	---

	испуг <ul style="list-style-type: none"> • затруднение сосредоточения внимания или «пустота» в голове из-за беспокойства • постоянная раздражительность
Вегетативные симптомы: желудочно-кишечные дыхательные сердечно-сосудистые урогенитальные нервная система	<ul style="list-style-type: none"> • сухость во рту, затруднение при глотании, дискомфорт в эпигастрии, чрезмерное газообразование, бурчание в животе, тошнота • ощущение сжатия, боль и дискомфорт в груди, затрудненность вдоха (в противоположность затрудненности выдоха при астме), чувство удушья и последствия гипервентиляции • ощущение дискомфорта в области сердца, сердцебиение, ощущение отсутствия биения сердца, пульсация шейных сосудов • учащенное мочеиспускание, исчезновение эрекции, снижение либидо, менструальные нарушения, временная аменорея • чувство пошатывания, ощущение нечеткости зрения, головокружение и парестезии, потливость, тремор или дрожь, приливы и ознобы, онемение или ощущение покалывания
Нарушения сна	<ul style="list-style-type: none"> • затруднения при засыпании из-за беспокойства • ощущение беспокойства при пробуждении. • прерывистый или поверхностный сон • сон с неприятными сновидениями. • сон с кошмарными сновидениями, нередко пробуждение • пробуждения в тревоге • отсутствие чувства отдыха утром

Часто пациенты обращаются к врачам первичной медицинской сети с соматическими проявлениями тревоги, игнорируя психопатологические проявления.

Особенности **социальных последствий** генерализованного тревожного расстройства:

1. По сравнению с другими тревожными расстройствами чаще выявляют выраженные дезадаптирующие состояния. Доля выраженных и острых состояний составляет 72–77%.
2. Характерны неудовлетворенность жизнью и сознание неблагополучия, сопоставимые с изменениями, выявляемыми при большой депрессии
3. Существенное снижение качества жизни по всем показателям общего и соматического здоровья, болей в теле, витальности, душевного здоровья, ролевых и социальных функций

4. Приводит к существенному повышению риска суицидального поведения

Течение генерализованного тревожного расстройства:

1. Хроническое
2. Рекуррентное

Установлено низкое значение условного показателя вероятности выздоровления в течение 2 лет – 0,39.

Факторы, свидетельствующие о более благоприятном прогнозе:	позднее начало расстройства; незначительную выраженность социальной дезадаптации; пол – женщины более предрасположены к ремиссии
Факторы, свидетельствующие о неблагоприятном прогнозе:	плохие взаимоотношения с супругом или родственниками; наличие коморбидных психических расстройств; пол – мужчины менее предрасположены к ремиссии

Генерализованное тревожное расстройство нередко предшествует развитию депрессивных расстройств. В этих случаях его рассматривают в качестве первичного расстройства с развитием вторичной депрессии.

Коморбидность генерализованного тревожного расстройства с другими психическими расстройствами

Коморбидность является характерным признаком ГТР. Свыше 90% всех пациентов с первичным диагнозом «генерализованное тревожное расстройство» в течение жизни имели еще и другое психическое расстройство.

Наиболее часто встречается коморбидность со следующими **психическими расстройствами:**

- эндогенная депрессия, рекуррентное депрессивное расстройство
- биполярное аффективное расстройство
- дистимия
- алкогольная зависимость
- простые фобии
- социофобия
- обсессивно-компульсивное расстройство
- наркотическая зависимость
- психопатологически недеференцированный синдром хронической усталости
- астенические нарушения

Сопряженность с соматической патологией

Имеется высокая распространенность некоторых соматических заболеваний у пациентов с тревожными расстройствами:

- сердечно-сосудистые заболевания
- желудочно-кишечные заболевания,
- респираторные расстройства
- мигрень
- аллергические заболевания
- метаболическая патология
- боли в спине

Дифференциальная диагностика должна проводиться со следующими заболеваниями:

<ul style="list-style-type: none"> - социальная фобия - специфическая фобия - обсессивно-компульсивное расстройство - посттравматическое стрессовое расстройство - паническое расстройство - аффективные расстройства настроения (эндогенная депрессия, рекуррентное депрессивное расстройство, биполярное расстройство, дистимия) - соматоформные расстройства - шизофрения (параноидная, вялотекущая), шизотипическое расстройство - расстройства личности (истерическое, ананкастное, тревожное, эмоционально-лабильное) 	<ul style="list-style-type: none"> - - резидуально-органические заболевания головного мозга - органические заболевания головного мозга - гипоталамическое расстройство - патология щитовидной железы - феохромоцитома - употребление психоактивных веществ (напр., амфетаминов, кокаина и др.) - отмена бензодиазепинов
--	---

2.5. Предикторы затяжного течения тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств

Предикторы непрерывного течения затяжных форм	<ul style="list-style-type: none"> • преморбидная минимальная церебральная дефицитарность; • правосторонний тип функциональной межполушарной асимметрии; • эмоциональное пренебрежение со стороны значимых лиц в родительской семье, что приводит к биопсихосоциальной констелляции, препятствующей разрешению конфликтов, связанных с неудачным опытом ранних отношений, интеграции нового опыта, формированию устойчивой самооценки и определяющей снижение адаптационного потенциала личности
Предикторы волнообразного течения затяжных форм	<ul style="list-style-type: none"> • личностные особенности индивида, определяющие его уязвимость к стрессовым воздействиям, затрагивающих наиболее значимые отношения личности и имеющих сходный (стереотипный) характер
Психологические предикторы затяжно-	<ul style="list-style-type: none"> • использование психологической защиты в виде вытеснения;

го течения	<ul style="list-style-type: none"> • интернальность в отношении к болезни; • более глубокие нарушения нарциссической регуляции, формирующие нестабильность самооценки, высокую уязвимость к критике, • избирательное внимание к неудачному опыту; • трудности в построении межличностных отношений, проявляющиеся либо избеганием контактов, либо поиском патерналистских отношений, обеспечивающих поддержание позитивной самооценки
Социальные предикторы затяжного течения	<ul style="list-style-type: none"> • воспитание матерью-одиночкой, • развод/расставание родителей, • дисгармоничные отношения в родительской семье, что указывает на особую значимость семейных отношений в формировании у больных с хроническим затяжным течением невротических расстройств навыков проблемно-решающего поведения

2.5. Алгоритм диагностики тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств

Для диагностики панического и генерализованного тревожного расстройства применяются следующие методы:

1. Клинический метод
 - 1) клинико-anamnestический аспект
 - 2) клинико-психопатологический аспект
 - 3) клинико-патогенетический аспект
2. Экспериментально-психологический метод
3. Инструментально-лабораторные методы - электроэнцефалографический, биохимический, нейропсихологический, метод лучевой диагностики – магнитно-резонансная томография головного мозга.

Клинико-anamnestический метод направлен на выяснение факторов, принимавших участие в формировании преморбиды больных и в развитии психопатологических расстройств. Оценивается влияние биологических, соматических, социальных и психологических провоцирующих факторов в возникновении и поддержании патологического процесса. Подробно изучается история возникновения, этапы течения и развития заболевания, сопоставляются временные и качественные характеристики появления клинических нарушений, особенность их динамики, реакция на изменение внешних обстоятельств, терапевтические вмешательства. Проводится клиническое полуструктурированное интервью, которое дает возможность учитывать индивидуальные особенности истории жизни и заболевания пациента и соотносить их с его личностными качествами и проявлениями имеющихся нарушений.

Клинико-психопатологический метод имеет целью описание психической патологии, выделение основных признаков заболевания (симптомов), выявления их структуры (синдромов) и динамики (синдромокинеза), а также определение отношения больного к своему заболеванию и к отдельным его проявлениям. Тщательно анализируется психический и неврологический статусы с учетом характерных особенностей, присущих больным с тревожно-фобическими, паническим и генерализованным тревожным расстройствами. Учет клинической симптоматики проводится с помощью заполнения клинических карт, анализа историй болезни, клинического интервью, соматического обследования пациента, использования метода включенного наблюдения за состоянием и поведением пациента в момент общения с медицинскими работниками, психологами, другим персоналом. Для объективизации полученных данных целесообразно проводить беседы с родственниками, близкими пациента. На основании анализа совокупности симптомов, базирующихся на едином патогенетическом механизме и соотнесения их с конкретными клиническими единицами выделяются ведущие (доминирующие) синдромы, отражающие основную направленность клинических проявлений.

Оцениваются особенности видоизменения симптоматики (усиление, ослабление, изменение симптомов) в процессе течения и лечения заболевания. Учитываются защитные и адаптационные механизмы организма и личности.

Клинико-патогенетический метод позволяет оценить механизмы возникновения заболевания и его клинических проявлений, выявить совокупность процессов, определяющих начало, течение и исход болезни. Проводится подробный анализ, для выявления этапов и механизмов заболевания, определения причинно-следственных связей, установления зависимости между различными внутренними условиями организма, личности пациента и клиническими, психопатологическими и психологическими проявлениями. Исследование патогенеза у каждого пациента должно основываться на учете совокупности анамнестических, клинических, психологических и лабораторных обследований.

Экспериментально-психологический метод включает в себя:

Симптоматические опросники.

1). *Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90- Revised – SCL-90-R).* Методика SCL-90-R создана L.R. Derogatis et. al., (1974, 1975) на основе Hopkins Symptom Checklist (HSCL). Опросник позволяет оценивать актуальный психопатологический симптоматический статус у больных с различными нервно-психическими заболеваниями.

2). *Шкала тревоги Бека (The Beck Anxiety Inventory – BAI).* Это клиническая тестовая методика, предназначенная для скрининга тревоги и оценки степени её выраженно-

сти. Шкала тревоги Бека представляет собой простой, удобный инструмент для предварительной оценки степени выраженности тревожных расстройств у широкого круга лиц.

3). *Шкала тревоги Гамильтона* (The Hamilton Anxiety Rating Scale, сокр. HARS). Это клиническая рейтинговая шкала, предназначенная для измерения тяжести тревожных расстройств пациента. Методика была создана на основе тщательного эмпирического анализа клинических данных. Шкала тревоги Гамильтона – важный, точный и удобный диагностический инструмент, применяющийся в повседневной практике врачей-специалистов, часто встречающихся с тревожными расстройствами. Шкала тревоги Гамильтона является «золотым стандартом» клинических научных исследований, так как позволяет клинически достоверно оценить выраженность тревожных расстройств в широком диапазоне.

4). *Шкала тревоги Спилбергера* (State-Trait Anxiety Inventory – STAI). Шкала является информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность, как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека). Разработана методика Ч.Д. Спилбергером в 1966-1973 гг., адаптирована Ю.Л. Ханиным в 1978 году.

5). *Интегративный тест тревожности (ИТТ)*. Это оригинальная клиническая тестовая методика, созданная в 2005 году в НИПНИ им. Бехтерева А.П. Бизюком, Л.И. Вассерманом, Б.В. Иовлевым. Предназначена для общей структурной экспресс-диагностики тревоги и тревожности, в том числе в клинике пограничных нервно-психических расстройств.

Методики для психологической диагностики структуры личности.

1). *Стандартизованный клинический личностный опросник ММРІ* (адаптированный И.Н. Гильяшевой, Л.Н. Собчик и Т.Л. Федоровой (1982) – полный вариант ММРІ). Оригинальный опросник создан в 40-50-х годах XX века S.R. Hathaway и J.C. McKinley (1940), как вспомогательное средство для постановки психиатрического диагноза. Однако в дальнейшем оказалось, что тест не подходит для решения дифференциально-диагностических задач, но имеет большую ценность, как для характеристики личности испытуемого, так и для оценки его актуального состояния. В настоящее время используется полный текст ММРІ, адаптированный в Институте им. В.М. Бехтерева, апробированный на больных разных нозологических групп с целью проверки диагностических возможностей (Беспалько И.Г., Гильяшева И.Н., 1971), и стандартизированный на нормативной выборке.

2). *Методика «Я-структурный тест» Г. Аммона (ISTA), И. Бурбиль (2003)*. Методика разработана немецкими психологами на основе концепции личности G. Ammon

(1981) в соответствии с принципами динамической психиатрии. Являясь психоаналитической методикой, тест позволяет измерять бессознательные личностные образования с помощью сознательного самоотчета, поскольку в утверждениях закладывается набор ситуаций, в которых может более или менее однозначно проявиться бессознательное. В России тест адаптирован в Институте им. В.М. Бехтерева Ю.Я. Тупицыным, В.В. Бочаровым и др. (1998).

Методики для исследования отдельных индивидуально-психологических особенностей личности.

1). *Методика для определения уровня субъективного контроля личности (УСК)*, Опросник УСК является инструментом измерения локуса контроля – психологического феномена, описанного J.B. Rotter (1954) в рамках теории социального научения. Авторы русскоязычной версии опросника разработали его исходя из принципа иерархической структуры системы регуляции деятельности (Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткин А.М., 1984).

2). *Опросник для исследования личностных убеждений «Personal Beliefs Test»* (Kassinove H., Berger A., 1984). Опросник разработан в Университете Хофстра (США) Howard Kassinove, Andrew Berger (1981). В 1984 году авторами были внесены некоторые изменения в содержание опросника, целесообразность которых была подтверждена факторным анализом. Основное назначение опросника – изучение рациональных и иррациональных идей (установок) респондентов.

3). *Многомерная шкала перфекционизма* (Multidimensional perfectionism scale – MPS) Это личностная диагностическая шкала, разработанная канадскими учеными П.Л. Хьюиттом (P.L. Hewitt) и Г.Л. Флеттом (G.L. Flett) для измерения уровня перфекционизма и определения характера соотношения его составляющих у испытуемого. Методика является первой стандартизированной шкалой для измерения такой личностной черты, как перфекционизм. Она может найти применение в клинической и практической психодиагностике личности, в консультировании и психотерапии.

Методики для психологической диагностики факторов риска психической дезадаптации.

1). *Методика «Индекс жизненного стиля» (Life style index)*. Методика Life Style Index (LSI), создана в 1979 г. на основе психоэволюционной теории R. Plutchic и структурной теории личности Н. Kellerman. Она диагностирует всю систему механизмов пси-

хологической защиты, выявляет как ведущие, основные механизмы, так и оценивает степень напряженности каждого.

2). *Методика Е. Нейт (1988) для определения характера копинг-поведения.* Методика Е. Нейт позволяет исследовать 26 ситуационно-специфических вариантов копинг-стратегий, распределенных на когнитивные, эмоциональные и поведенческие механизмы совладания. В нашей стране методика была переведена и адаптирована в отделении неврозов и психотерапии Института им. В.М. Бехтерева В.А. Абабковым и др. (1998).

3). *Методика совладающего поведения (COPE).* Предназначена для выявления копинг-стратегий в стрессовых ситуациях. Методика представляет собой русскоязычную адаптацию опросника COPE, созданного К. Карвером, М. Шейером и Дж. Вейнтраубом на основе теоретических представлений Р. Лазаруса и собственной теоретической модели. На русском языке методика адаптирована и валидизирована в 2010 году П.А. Ивановым и Н.Г. Гараняном и в 2013 году Е.И. Рассказовой, Т.О. Гордеевой и Е.Н. Осиным. Шкалы опросника COPE предоставляют возможность тестировать широкий спектр продуктивных и непродуктивных копинг-стратегий, включая несколько видов избегающего копинга, склонность к «употреблению ПАВ», склонность обращаться к религии в стрессогенных жизненных ситуациях, а также стремление опираться на социальную поддержку в двух ее формах – инструментальной и эмоциональной.

4). *Мельбурнский опросник принятия решений (Melbourne decision making questionnaire, – MDMQ).* Это личностный опросник, направленный на диагностику индивидуального стиля принятия решений. Опросник является результатом апробации более общего опросника Флиндерса (Flinders' Decision Making Questionnaire, DMQ). На русском языке валидизирован Т.В. Корниловой, С.А. Корниловой, М.А. Чумаковой в 2010 году. Психологические исследования принятия решений человека в условиях неопределенности включают как анализ когнитивных составляющих, так и личностных аспектов регуляции его выборов.

Методики для психологической диагностики системы значимых отношений.

1). *Опросник для исследования межличностных проблем (Inventory of Interpersonal Problems (IIP)).* Опросник ИП создан L.M. Horowitz et al., в 1988 году с целью диагностики наиболее существенных межличностных проблем у пациентов с различными нервно-психическими заболеваниями. Авторы исходили из положения о том, что понимание и решение интерперсональных трудностей является важным моментом в лечении множества расстройств, включая депрессивные и тревожные. В этой связи опросник широко используется в психотерапии, а также с целью оценки эффективности проведенного лечения.

2). *Методика для исследования выраженности внутриличностных конфликтов*, разработанная С. Ледером и сотр. (1973) в клинике неврозов Института психиатрии и неврологии в Варшаве (Польша).

Скрининг панического расстройства

Шкала тревоги Шихана (ShARS). Разработана D.V. Sheehan в 1983 году. Это скрининговый тестовый инструмент для диагностики и самодиагностики расстройств тревожного спектра. Методика создана в 1983 году на основании выборки симптомов тревожных расстройств и панически атак и включает в себя наиболее распространённые проявления этих расстройств, в том числе соматические и вегетативные проявления тревоги. Шкала предназначена для использования на популяции взрослых лиц с установленным или предполагаемым расстройством тревожного спектра.

Уровень тревоги выше 30 баллов считается клинически значимым, а выше 80 - очень высоким.

0-30 - отсутствие клинически выраженной тревоги.

30-80 - клинически выраженная тревога.

80 и выше - тяжелое тревожное расстройство.

Средний балл при паническом расстройстве и агорафобии составляет 57 ± 20 .

Целью терапии должно быть достижение уровня тревоги ниже 20 баллов.

Скрининг генерализованного тревожного расстройства

Опросник на выявление генерализованного тревожного расстройства, который представляет собой шкалу самоотчета, включающую семь вопросов. Пациенту предлагают оценить выраженность следующих проявлений в течение последних 2 недель:

- переживание тревоги, нервозности или ощущение «на грани срыва»;
- отсутствие возможности прекратить или контролировать тревогу;
- сильное беспокойство по различным поводам;
- трудность расслабления;
- неусидчивость;
- раздражительность и несдержанность;
- тревожные предчувствия пугающих событий.

Каждый симптом оценивают по выраженности от 0 до 3 баллов.

0-4 – минимальный уровень тревожности

5-6 – умеренный уровень тревожности

10-14 – средний уровень тревожности

15-21 – высокий уровень тревожности

Средняя выраженность у больных с генерализованным тревожным расстройством составляет 14,4 балла.

Инструментально-лабораторные методы – электроэнцефалографический, биохимический, нейропсихологический, метод лучевой диагностики – магнитно-резонансная томография головного мозга – решают в первую очередь задачи дифференциальной диагностики.

Алгоритм диагностики

Диагностику и верификацию тревожно-фобических, панического или генерализованного тревожного расстройств проводит врач-психиатр, врач-психотерапевт, врач общей практики используя комплекс методов для определения наличия диагностических критериев указанных заболеваний и дифференциальной диагностики с другими патологическими состояниями, учитывая также данные, получаемые от других специалистов (медицинских психологов, социальных работников, врачей других специальностей).

1 этап. Проводится первичная беседа с пациентом и, по возможности, с его родственниками.

<i>Подробно оценивается:</i>	<i>Предварительно оценивается:</i>
<p>Клиническая картина заболевания (клинические проявления, выраженность и характер симптоматики, особенности течения, условия и давность появления первых симптомов)</p> <p>Наличие наследственной отягощённости психическими заболеваниями</p> <p>Предыдущее лечение и его результаты</p> <p>Психический статус на момент осмотра</p> <p>Соматический и неврологический статус</p> <p>Наличие коморбидной и сопутствующей патологии</p>	<p>Актуальные жизненные обстоятельства пациента</p> <p>Преморбидные особенности личности</p> <p>Социальный статус (образование, семейное положение, трудовой статус, особенности социального функционирования, круг и стиль общения, особенности межличностного взаимодействия и т.п.)</p> <p>Характерные особенности эмоционального реагирования</p> <p>Условия формирования и поддержания тревоги, фобий</p>

Мотивация на лечение	
Результат: осуществляется первичная верификация диагноза, первичная дифференциальная диагностика (клиническая) с другой психической патологией.	

2 этап. Назначение и оценка данных дополнительных методов исследования.

Определяется необходимый объем и проводятся экспериментально-психологическое и инструментально-лабораторное обследование.
Результат: подтверждение диагноза, дифференциальная диагностика с другими заболеваниями.

3 этап. Проведение ряда повторных бесед (количество определяется индивидуально в зависимости от особенностей пациента).

<i>Подробно оценивается</i>
<p>Актуальные жизненные обстоятельства пациента</p> <p>Ситуации избегающего поведения</p> <p>Преморбидные особенности личности</p> <p>Социальный статус (образование, семейное положение, трудовой статус, особенности социального функционирования, круг и стиль общения, особенности межличностного взаимодействия и т.п.)</p> <p>Характерные особенности эмоционального реагирования</p> <p>Преимущественно используемые психологические защиты и копинг-механизмы</p> <p>Отношение к заболеванию</p> <p>Систему отношений пациента</p> <p>Особенности когнитивных установок</p> <p>Сформированные поведенческие стереотипы</p> <p>Отношение к себе и самооценка</p>
Результат: определение индивидуальных особенностей заболевания, определение психотерапевтических мишеней

Тревожно-фобические, паническое и генерализованное тревожное расстройства – заболевания, в отношении которых необходимо комплексное применение биологических, психотерапевтических, психосоциальных, психообразовательных методов и использование различных организационных форм помощи. Это соответствует современным положениям о бригадном подходе в работе с больными и приближению оказания помощи к общественно ориентированной психиатрии.

3. ПРИНЦИПЫ И АЛГОРИТМЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ

3.1. Принципы организации медицинской помощи больным с тревожно-фобическими, паническим и генерализованным тревожным расстройствами

Принцип этапности предусматривает преемственное ведение больных в соответствии с показаниями на амбулаторном и стационарном уровнях.

Принцип комплексности при реализации психотерапевтических и реабилитационных стратегий может рассматриваться в нескольких аспектах.

1. Организация комплексного обследования пациентов, сочетающего в себе общеклиническое, психологическое и социальное направление.

2. Принцип комплексности реализуется с учетом биопсихосоциальной модели при лечении тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств в условиях сочетанного взаимодействия различных специалистов. При комплексной форме работы врач-психиатр, врач-психотерапевт, медицинский (клинический) психолог, специалист по социальной работе и др. рассматривают клинико-терапевтические явления под разными углами зрения с позиции своих специальностей, сотрудничая, взаимно дополняя друг друга, при решении основных терапевтических задач.

Принцип дифференцированности предполагает целевое применение терапевтических методов для конкретного пациента конгруэнтное основным клиническим проявлениям с этиопатогенетическим соответствием основному характеру нарушений.

Принцип интегративности представляет собой обоснованное взаимосвязанное использование психотерапевтических методов и приемов, имеющих своей целью более интенсивное воздействие на три компонента психики — когнитивный, эмоциональный и поведенческий для реконструкции всей системы отношений личности, нарушения которой являются основной для существования и хронизации нарушений. При формировании интегративной психотерапевтической стратегии имеются, определяющие направленность, эффективность, прогноз, методы, играющие стратегическую роль и другие методы, ре-

шающие частные тактические задачи, позволяющие повысить эффективность психотерапии в целом.

Принцип краткосрочности. Связанные с социально-экономическими переменами изменения медикаментозных, психотерапевтических и реабилитационных стратегий, способствуют интенсификации лечения, что, в первую очередь, отражается на количестве госпитализаций и сроках пребывания пациентов в стационаре и приводит к их значительному сокращению.

3.2. Показания для амбулаторного и стационарного лечения

Показания для стационарного лечения:

1. Выраженная астенизация
2. Выраженная соматизация нарушений (психосоматические симптомы)
3. Невозможность подбора медикаментозной терапии амбулаторно за счет резистентности состояния, плохой переносимости терапии
4. Необходимость снизить риск кризисных ситуаций, возможных в ходе лечения
5. Обусловленная симптомами невозможность амбулаторного лечения при агорафобии, прочих фобиях, ограничительном поведении
6. Выраженное снижение трудоспособности из-за выраженной тревоги, частых панических атак
7. Необходимость изоляции из актуальных жизненных психотравмирующих обстоятельств

Показания для амбулаторного лечения:

1. Отсутствие выраженной неврологической и соматической симптоматики;
2. Способность находиться в социуме и желание (мотивация) получить навыки совладания с психотравмирующей ситуацией, необходимость сохранения имеющегося уровня адаптации и возможность использования долгосрочных психотерапевтических методов лечения;
3. Возможность подбора медикаментозной терапии в амбулаторных условиях
4. Возможность преодоления ограничительного поведения

3.3. Психофармакотерапия тревожно-фобического расстройства

1. Антидепрессанты из различных групп, в частности, мirtазапин, и малые антидепрессанты (тразодон, агомелатин) используются для снижения уровня тревоги, эмоционального напряжения и интенсивности фобических переживаний.

2. В качестве препаратов для снятия эмоционального напряжения и снижения интенсивности тревожных нарушений применяются бензодиазепиновые транквилизаторы: клоназепам, альпразолам.
3. Малые нейролептики: сульпирид, алимемазин применяются для воздействия на когнитивную составляющую тревожных и фобических нарушений.
4. Учитывая отставленный эффект антидепрессантов для быстрого воздействия на тревожную и фобическую симптоматику применяются препараты из группы небензодиазепиновых анксиолитиков (гидроксизин, буспирон, этифоксин).
4. Рекомендуемая длительность фармакотерапии тревожно-фобических расстройств – от 3 до 6 месяцев после наступления терапевтического эффекта от применяемой терапии.
5. Возможные побочные эффекты психофармакотерапии тревожно-фобических расстройств. При применении психотропных препаратов возможны побочные явления: сонливость, заторможенность, задержка мочеиспускания, запоры или поносы, тошнота, головные боли, головокружение. В то же время адекватные дозировки и назначения лекарств строго по показаниям значительно снижают риск проявления побочных эффектов.

В таблице представлены рекомендуемые дозы препаратов, уровень доказательности и сила рекомендаций для лечения тревожно-фобических расстройств

Препарат	Рекомендуемая доза	Уровень доказательности	Сила рекомендаций
Антидепрессанты из различных групп			
Миртазапин	15-30	A	1
Антидепрессанты из других групп			
Тразодон	50-300	A	1
Агомелатин	50-100	A	1
Небензодиазепиновые анксиолитики			
Гидроксизин	25-50	A	1
Буспирон	10-60	B	3
Этифоксин	50-200	B	2
Бензодиазепины			
Клоназепам	0,5-2	A	1

Альпразолам	0,25-0,75	А	1
Малые нейролептики			
Сульпирид	200-400	А	1
Алимемазин	10-20	В	2

3.4. Психофармакотерапия панического расстройства

1. В качестве препаратов для купирования и профилактики панических приступов (panic attack) применяются бензодиазепиновые транквилизаторы: клоназепам, альпразолам.
2. Антидепрессанты из группы СИОЗС (пароксетин, флувоксамин, флуоксетин, сертралин) и малые антидепрессанты из разных групп (тразодон, агомелатин) используются для снижения уровня тревоги и эмоционального напряжения.
3. Малые нейролептики: сульпирид, алимемазин, тиоридазин применяются для воздействия на когнитивную составляющую тревожных и фобических нарушений.
4. Учитывая отставленный эффект антидепрессантов для быстрого воздействия на тревожную симптоматику применяются препараты из группы небензодиазепиновых анксиолитиков (гидроксизин, буспирон, этифоксин).
5. В качестве нормотимиков используются вальпроевая кислота, окскарбазепин, ламотриджин, прегабалин.
6. Рекомендуемая длительность фармакотерапии панического расстройства – от 3 до 6 месяцев после наступления терапевтического эффекта от применяемой терапии.
7. Возможные побочные эффекты психофармакотерапии панического расстройства. При применении психотропных препаратов возможны побочные явления: сонливость, заторможенность, задержка мочеиспускания, запоры или поносы, тошнота, головные боли, головокружение. В то же время адекватные дозировки и назначения лекарств строго по показаниям значительно снижают риск проявления побочных эффектов.

В таблице представлены рекомендуемые дозы препаратов, уровень доказательности и сила рекомендаций для лечения панического расстройства

Препарат	Рекомендуемая доза	Уровень доказательности	Сила рекомендаций
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина			

Пароксетин	20-40	A	1
Флуоксетин	20-60	A	1
Сертралин	50-100	A	1
Флувоксамин	50-100	A	1
Антидепрессанты из других групп			
Тразодон	50-300	A	1
Агомелатин	50-100	A	1
Небензодиазепиновые анксиолитики			
Гидроксизин	25-50	A	1
Буспирон	10-60	B	3
Этифоксин	50-200	B	2
Бензодиазепины			
Клоназепам	0,5-2	A	1
Альпразолам	0,25-0,75	A	1
Малые нейрелептики			
Сульпирид	200-400	A	1
Алимемазин	10-20	B	2
Тиоридазин	20-40	B	2

3.5. Психофармакотерапия генерализованного тревожного расстройства

1. В качестве препаратов первой линии преимущественно рассматриваются СИОЗС (пароксетин, эсциталопрам, сертралин) и СИОЗСН (венлафаксин, дулоксетин). Доказаны эффекты трициклических антидепрессантов (кломипрамин).
2. Подтверждён анксиолитический эффект прегабалина, его влияние на психический, соматический и вегетативный компоненты тревоги, а также хорошая переносимость и высокий уровень безопасности.
3. Применение бензодиазепинов (диазепам, лоразепам, феназепам) ограничивается значимыми нежелательными эффектами – седацией, снижением концентрации внимания и запоминания, нарушением психомоторных функций, риск формирования зависимости, выраженный синдром отмены, проявляющийся ухудшением состояния и усилением тревоги после прекращения приема и поэтому должно ограничиваться короткими курсами (не более 2-3 недель).

4. Среди нейролептиков препаратами выбора являются кветиапин, клозапин, хлорпро-тиксен.
5. Рекомендуемая длительность терапии генерализованного тревожного расстройства – не менее 6 месяцев после наступления терапевтического эффекта от применяемой терапии, однако в большинстве случаев целесообразен более длительный период лечения.
6. Возможные побочные эффекты психофармакотерапии генерализованного тревожного расстройства. При применении психотропных препаратов возможны побочные явления: сонливость, заторможенность, задержка мочеиспускания, запоры или поносы, тошнота, головные боли, головокружение. В то же время адекватные дозировки и назначения лекарств строго по показаниям значительно снижают риск проявления побочных эффектов.

В таблице представлены рекомендуемые дозы препаратов, уровень доказательности и сила рекомендаций для лечения генерализованного тревожного расстройства

Препарат	Рекомендуемая до- за	Уровень доказа- тельности	Сила рекоменда- ций
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина			
Пароксетин	20-50	A	1
Эсциталопрам	10-20	A	1
Сертралин	50-150	A	1
Ингибиторы обратного захвата норадреналина и серотонина			
Венлафаксин	75-225	A	1
Дулоксетин	60-120	A	1
Трициклические антидепрессанты			
Кломипрамин	75-200	A	2
Бензодиазепины			
Диазепам	5-15	A	1
Лоразепам	2-8	A	1
Феназепам	1-3	B	3
Нейролептики			
Кветиапин	50-300	A	1
Хлорпро-тексен	30-150	B	2
Клозапин	25-200	B	3

3.6. Психотерапия при тревожных расстройствах невротического уровня

Противопоказания к психотерапевтическому лечению:

- 1) пациенты со страхом перед самораскрытием и сильной опорой на «отрицание» как форму психологической защиты;
- 2) пациенты с недостаточной мотивацией к изменениям;
- 3) пациенты с низкой интерперсональной сенситивностью;
- 4) пациенты, которые не смогут посещать все занятия;
- 5) пациенты, которые не будут участвовать в процессе активной вербализации и слушания, что является существенной частью любой группы;
- 6) пациенты, чьи характерологические особенности не позволят им конструктивно работать в группе и извлекать из этой работы пользу (которые постоянно отыгрывают свои эмоции вовне в качестве защитной реакции, а не наблюдают за своим психологическим состоянием; или пациенты с серьезным негативизмом или ригидностью).

Алгоритм когнитивно-поведенческой психотерапии

Уровень доказательности – А. Сила рекомендаций – 1.

Когнитивная модель фобий. При фобиях имеется предчувствие физического или психологического ущерба в специфических ситуациях. Если пациент в состоянии избежать подобной ситуации, он не ощутит угрозы и сохранит спокойствие. Если же он попадет в такую ситуацию, то почувствует субъективные и физиологические симптомы тревоги. Страх перед отдельными ситуациями основан на преувеличенном представлении пациента об особых пагубных свойствах этих ситуаций (например, страх высоты, страх собак). При оценочных фобиях имеется страх неудачи в социальных ситуациях. Поведенческие и физиологические реакции на потенциальную «опасность» (отвержение, недооценка, неудача) могут мешать функционированию пациента до такой степени, что могут вызывать как раз то, чего он боится.

Когнитивная модель панического расстройства. Пациенты с паническим расстройством склонны рассматривать любой необъяснимый симптом или ощущение как

признак неминуемой катастрофы. Главной чертой людей с паническими реакциями является наличие убеждения в том, что их витальные системы — сердечно-сосудистая, респираторная, центральная нервная — потерпят крах. Пациенты с паническими расстройствами имеют специфический *когнитивный дефицит*: они неспособны реалистически воспринимать свои ощущения и катастрофически их интерпретируют.

Когнитивная модель генерализованного тревожного расстройства. В мышлении тревожного пациента доминируют темы опасности, то есть он предполагает события, которые окажутся пагубными для него, для его семьи, для его имущества и для других ценностей. Тревожные индивиды испытывают трудность в распознавании сигналов безопасности и других свидетельств, которые уменьшают угрозу опасности.

Мишени психотерапии:

<ol style="list-style-type: none"> 1. Низкая толерантность к неопределенности 2. Позитивные убеждения относительно беспокойства 3. Отсутствие ориентации на решение проблем 4. Когнитивное избегание
--

Основные модули когнитивно-поведенческой психотерапии:

Название модуля	Содержание направлений психотерапевтической работы
Психообразовательный модуль	<ol style="list-style-type: none"> 1) Информация о сути когнитивно-поведенческой терапии 2) Информация о природе тревожных расстройств, включающая их описание и характеристики 3) Тренинг по осознанию беспокойства (с записями о времени и содержании беспокоящих мыслей)
Модуль, направленный на осознание собственной низкой толерантности к неопределенности и на ее преодоление	<ol style="list-style-type: none"> 1) Установление связи между низкой толерантностью к неопределенности и преувеличенным беспокойством 2) Осознание и принятие неизбежности ситуаций неопределенности в жизни человека 3) Развитие способности распознавать различные ситуации манифестации состояния нетолерантности к неопределенности 4) Выявление ситуаций, провоцирующих состояния беспокойства по поводу неопределенности, и погружение в них на основе метода экспозиции
Модуль, направленный на переоценку ценности беспокойства	<ol style="list-style-type: none"> 1) Выявление всех аргументов в пользу беспокойства 2) Выявление контраргументов и анализ негативных последствий беспокойства 3) Формулировка новых убеждений относительно беспокойства как неэффективной стратегии совладания с опас-

	ночью
Модуль направленный на решение проблем	1) Подготовка к неизбежности определенности в процессе решения проблем 2) Определение существующих проблем и формулировка цели по их преодолению 3) Выработка различных возможных путей достижения этих целей 4) Выбор оптимального пути 5) Применение выбранных средств и оценка результата
Модуль, направленный на преодоление когнитивного избегания и выработку способности переносить неприятные мысли и образы	1) Обсуждение образов пугающих ситуаций 2) Описание чувств и субъективная оценка уровня тревоги 3) Тренировка устойчивости к этим образам и чувствам на основе метода экспозиции
Модуль, направленный на профилактику рецидивов	1) Закрепление всех полученных знаний и навыков 2) Обсуждение возможных триггеров и провокаций, которые могут способствовать возвращению старого неэффективного стиля совладания 3) Обсуждение способов поведения в ситуациях, в которых проявляется старый стиль реагирования

Для лечения тревожно-фобического, панического и генерализованного тревожного расстройств используются следующие **техники** в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии.

1. Когнитивное реструктурирование. Проводятся вмешательства по коррекции ошибочных представлений и интерпретаций телесных сенсаций. Может дополняться экспозицией *in vivo* для получения дополнительной информации, которая будет опровергать ошибочные суждения.
2. Тренировка дыхания. Показана в случае выраженного гипервентиляционного компонента в структуре ПА. В связи с тем, что на фоне стресса возникает диспноэ, которое оценивается, как угрожающее здоровью и провоцирует или усиливает страх, вызванный внешними тревожными стимулами, рекомендуется проводить тренинг по контролю дыхания с последующей когнитивной реатрибуцией значения симптомов. Тренинг может дополняться принудительной гипервентиляцией с приобретением навыков контроля симптоматики за счет дыхания в мешке.
3. Прикладная релаксация. Использование прогрессивной мышечной релаксации и обучение пациентов навыкам контроля за своим физическим состоянием.

4. Интероцептивная экспозиция. Проведение упражнений, обеспечивающих ощущения, сходные с паническим приступом, к примеру, ингаляция углекислого газа, проведение сердечно-сосудистых нагрузочных проб или физических упражнений, гипервентиляция, вращение в кресле, повторные инфузии лактата натрия.
5. Экспозиция *in vivo* проведение повторных приближенных к условиям реальности поведенческих тренировок, особенно показано при наличии агорафобии. Может проводиться в различном режиме, с участием психотерапевта или специально обученной медсестры или самостоятельно, дозированно или массивно, с длительным погружением в ситуацию или с возможностью из нее уйти.
6. Привлеченей/отвлечение внимания. Внимание пациента при экспозиции может полностью сосредотачиваться на фобических переживаниях, когда пациент полностью сосредотачивается на своих ощущениях и мыслях, напоминая себе о необходимости не отвлекаться. Другой вариант, отвлечения внимания путем выполнения когнитивных заданий по типу счета, рифмования слов, инструктируя себя о необходимости отвлекаться от тревожных мыслей и образов.

Алгоритм краткосрочной групповой интерперсональной психотерапии

Уровень доказательности – В. Сила рекомендаций – 2.

<p>Цель: конструктивные изменения, прежде всего, в межличностной сфере, формирование адекватной социальной адаптации</p>
<p>Механизмы достижения: раскрытие, анализ, осознание и переработка интерперсональных проблем пациента и коррекция его неадекватных отношений, установок, эмоциональных и поведенческих стереотипов на основе анализа и использования межличностного взаимодействия.</p>
<p>Ожидаемый результат: В процессе психотерапии, ориентированной на коррекцию неадекватных интеракций, конфликтные отношения пациента утрачивают свой центральный характер. Это влечет за собой снижение выраженности симптоматики. Наблюдается уменьшение и внутриличностной проблематики.</p>

Задачи психотерапии. Фокусируются, в основном, на трех составляющих самосознания:

- самопонимании (когнитивный аспект),
- отношении к себе (эмоциональный аспект),
- саморегуляции (поведенческий аспект).

Причем групповая психотерапия, в отличие от индивидуальной, сфокусирована преимущественно на поведенческих аспектах.

Учитывая три плоскости ожидаемых изменений (когнитивную, эмоциональную и поведенческую), **задачи краткосрочной групповой психотерапии** можно сформулировать следующим образом:

А. В познавательной (когнитивной) сфере пациент получает представление о мере своего участия в возникновении, повторении и развитии своих конфликтных ситуаций, т.е. как он сам своим поведением и своим способом эмоционального реагирования, способствует этому. Осознавая влияние собственных установок и ценностей на процесс взаимоотношений с другими людьми, у него появляется возможность предотвратить повторение патогенной ситуации, используя конструктивные формы поведения, приобретенные во время групповой психотерапии.

Б. В эмоциональной сфере задачи охватывают следующие основные аспекты: получение эмоциональной поддержки и формирование более благоприятного отношения к себе, непосредственное переживание нового эмоционального опыта, вербализацию и эксплорацию собственных эмоций, что формирует определенный оптимизм, создает условия для отреагирования как положительных, так и отрицательных эмоций и способствует деактуализации фобических и тревожных переживаний, выравниванию аффекта.

В. В поведенческой сфере могут задачи быть определены как формирование эффективной саморегуляции за счет приобретения новых форм поведения, связанных с сотрудничеством, взаимопомощью, ответственностью и самостоятельностью, которые способствуют оптимальной адаптации, более успешному социальному функционированию в реальной жизни и предупреждению рецидивов неконструктивного поведения.

Метод краткосрочной интерперсональной групповой психотерапии ориентирован:

- на достижение симптоматического улучшения у пациентов;
- на улучшение эмоционального состояния пациентов;
- на улучшение их социального функционирования – увеличение уровня адекватной социальной адаптации;

Групповая интерперсональная психотерапия как терапевтический процесс имеет следующие **фазы развития**:

- диагностический этап;
- фаза зависимого и поискового поведения;
- фаза возникновения, обострения и разрешения внутригрупповых конфликтов;
- фаза формирования групповой сплоченности;
- фаза приобретения членами группы способности эффективно решать свои проблемы.

На диагностическом этапе проводится отбор участников в краткосрочную интерперсональную психотерапевтическую группу, первая встреча психотерапевтов и будущего члена группы может быть благоприятной основой создания взаимного доверия в работе группы.

На этом этапе особое внимание уделяется выявлению межличностного контекста тревожно-фобического, панического и генерализованного тревожного расстройств, особенно событиям, которые, являясь психотравмирующими, спровоцировали появление симптомов. Для этих больных характерны конфликты в семейной и профессиональной сферах, а также такие межперсональные проблемы как одиночество, изоляция, застенчивость, неумение завязывать и поддерживать близкие отношения, мнительность, трудности в отношениях с авторитетами, неуверенность в себе, зависимость от других и т.п. Во время беседы должна осуществляться диагностика личности, стиля межличностного общения претендента. Всесторонняя оценка помогает решить, насколько пациент соответствует характеру и целям организуемой краткосрочной интерперсональной группы, позволяет прогнозировать его поведение в группе, способность выстраивать и поддерживать отношения с другими участниками.

План терапии: занятия в группе проходят 5 раз в неделю по 1,5 часа в течение 4 недель,

Условия эффективности терапии:

- постановка конкретных и достижимых целей, ориентация на уменьшение проблем и трудностей, на понимание себя и реальности, определение связей между симптоматикой и наличием интерперсональных проблем, а не на глубокие структурные изменения личности.
- гомогенность состава участников по характеру имеющихся у пациентов проблем, а также относительная гомогенность по нозологическому признаку. Это повышает

сплоченность группы, для формирования которой требуется меньше времени, способствует проявлению психотерапевтического фактора универсализации.

— тщательный отбор пациентов и их прелиминарная подготовка к работе в группе, осуществляемая на диагностическом этапе.

1. Фаза зависимого и поискового поведения. Первая фаза групповой психотерапии представляет собой период образования группы как таковой и совпадает с началом лечения и адаптацией пациентов к новым условиям. Пациенты имеют различные установки и ожидания относительно лечения, но практически для всех вначале характерны преувеличение роли фармакотерапии и симптоматического лечения, отсутствие адекватных представлений о психотерапии вообще и групповой психотерапии, в частности, стремление перенести ответственность за процесс и результаты лечения на психотерапевта, непонимание значения собственной активности в достижении положительных результатов лечения.

Первым самостоятельным заданием для членов группы является принятие норм и правил группы, регулирующих взаимоотношения и взаимодействия между участниками группы. Сформировавшиеся на начальном этапе работы правила и нормы «накладывают печать» на дальнейшее функционирование группы, и позднее их очень трудно изменить. Поэтому очень важно формирование терапевтически полезных норм группы с самого начала ее работы.

Основные задачи психотерапевтов в первой фазе краткосрочной интерперсональной групповой психотерапии:

— содействовать принятию терапевтических групповых норм, тем самым помогая пациентам почувствовать себя более естественно и более активно включиться в процесс работы;

— создавать безопасную, основанную на взаимном доверии атмосферу, что способствует формированию групповой сплоченности;

– определить общие цели краткосрочной интерперсональной группы;

— помочь участникам установить индивидуальные конкретные цели работы в группе;

— поощрять участие всех пациентов в дискуссиях;

— структурировать работу группы;

— помогать пациентам в лучшем осознании своих чувств, реакций, поведенческих особенностей и благодаря этому положить начало проработке и решению межличностной

проблематики.

Структурирование процесса на начальном этапе способствует быстрому формированию групповой сплоченности, созданию благоприятного эмоционального климата, что позволяет минимизировать число уходов пациентов из группы, повысить эффективность дальнейшей работы.

2. Фаза возникновения, обострения и разрешения внутригрупповых конфликтов.

Для второй фазы также характерен высокий уровень напряжения в сочетании с более высокой активностью пациентов, специфика которой заключается, как правило, в наличии негативных эмоций по отношению к психотерапевтам, а также в нарастании конфликтности между участниками группы. К этому времени, ориентированные исключительно на ведущих, они сталкиваются с ситуацией, когда ими уже не руководят, не говорят, что и как делать, о чем говорить. Именно такая резкая смена роли ведущих от активной, направляющей, несколько директивной позиции до пассивной, наблюдающей, провоцирует быстрый переход к выражению агрессивных чувств участниками группы по отношению к психотерапевтам.

В свою очередь, эта ситуация дает возможность психотерапевтам показать участникам, что проявление агрессивности, враждебности не обязательно приводит к пагубным последствиям – агрессия может носить конструктивный, адаптивный характер, она может быть понята и принята.

Во второй фазе краткосрочной интерперсональной групповой психотерапии конструктивным представляется дискуссия о разделении ответственности за работу и результаты группы. Психотерапевты должны стараться найти баланс ответственности, приемлемый для себя, с учетом целей, задач и возможностей краткосрочной интерперсональной формы проведения группы и психотерапевтический для участников групповой психотерапии. Разрешением этой кризисной фазы считается обсуждение в группе проблем, связанных с авторитетами, зависимостью, поисками поддержки, недостаточной самостоятельностью и ответственностью, неуверенностью.

Через фазу конфронтации с психотерапевтами участники группы не только спланиваются, но и приходят к пониманию и принятию личной ответственности за свою жизнь, к пониманию того, что их выздоровление зависит во многом от их собственной инициативы и активности и никто за них не будет и не сможет решать их проблемы.

Помимо нарастания напряженности в отношениях с ведущими, обостряются конфликты и между участниками группы. Особое внимание ведущими уделяется обсужде-

нию и анализу конфликтных интеракций между членами группового взаимодействия. Важным в этой фазе представляется проведение параллели между характером конфликтов в группе и в реальной жизни пациентов.

Конфликт, как и любая другая ситуация в работе группы, приобретает психотерапевтическую ценность, если является двухступенчатым процессом, т.е. когда он не только переживается, но происходит и анализ переживаемого. Психотерапевты должны заботиться о направлении работы группы от одной ступени к другой, от переживания к пониманию.

Основные задачи психотерапевтов во второй фазе краткосрочной интерперсональной групповой психотерапии, можно выделить следующие:

- помочь участникам группы опознать истоки увеличения уровня тревоги, появления фобий и обсуждать их в ходе групповой дискуссии;
- побуждать участников открыто выражать свои негативные чувства, выявлять конфликты в группе и решать их;
- способствовать принятию участниками на себя части ответственности за направление работы группы;
- адекватно, конструктивно реагировать на стремление участников конфликтовать с психотерапевтом – как с профессионалом и человеком, он должен понимать это как отражение процесса развития и правильно интерпретировать реакции членов группы;
- помочь участникам стать более автономными и независимыми.

3. Фаза формирования групповой сплоченности.

К концу второй недели начинается третья фаза, которая характеризуется процессом структурирования группы, формированием сплоченности, взаимопомощи и взаимоподдержки. В этот период складывается благожелательная обстановка, формируется активность, ответственность членов группы, что способствует раскрытию и переработке индивидуальной проблематики пациентов.

Основные темы групповой дискуссии на данном этапе:

- 1) темы доверия – недоверия;
- 2) темы симпатии – антипатии участников группы, вскрытие их глубинных причин;
- 3) исследование расхождений между представлениями относительно потребностей друг друга;

4) анализ ожиданий одного по отношению к другому.

Одна из специфических целей краткосрочной интерперсональной групповой психотерапии, реализация которой достигается на протяжении всего процесса работы группы, но непосредственная проработка ее осуществляется на второй – третьей фазе – это достижение так называемого интерперсонального или межличностного инсайта, оно основывается на двух компонентах. В первую очередь на принципах эффективной обратной связи, во вторую – на создании как можно более широкой и богатой базы интеракций, на которой затем можно строить работу группы; обеспечение наличия и адекватного функционирования этих составляющих относится к функциям психотерапевтов.

В ходе интеракций проявляются основные социальные характеристики участников группы и схемы их поведения. Сфера интеракций составляет основу краткосрочной интерперсональной групповой психотерапии; для того чтобы члены группы имели возможность продемонстрировать широкий репертуар поведения в самых разнообразных ролях и ситуациях (что в ограниченных временных рамках краткосрочной группы затруднено), на третьей фазе рекомендуется проводить специальные упражнения для демонстрации в группе переживаний, связанных с процессами интеракции. Они могут найти применение также в тренировке обнаружения интеракционных элементов происходящего в группе.

Таким образом, основной задачей этого этапа является выработка альтернативных, более адекватных способов взаимодействия через мобилизацию усилий членов группы на преодоление возникших трудностей, т.е. формирование сплоченности группы как ценностно-ориентационного единства.

Задачи психотерапевтов в третьей фазе краткосрочной интерперсональной групповой психотерапии:

- формирование, развитие и укрепление групповой сплоченности.
- обеспечение знакомства участников группы с принципами и критериями конструктивной обратной связи, так как именно она является основным практическим инструментом, приводящим к адаптивным изменениям в трех сферах самосознания — когнитивной, эмоциональной и поведенческой, что является конечной целью краткосрочной интерперсональной групповой психотерапии и способствует улучшению социального функционирования пациентов.
- создание условий для расширения поведенческого репертуара в группе, поскольку это позволяет участникам формировать более дифференцированные представле-

ния друг о друге; появляется возможность наблюдать дезадаптивные формы поведения, приводящие в итоге к проблемам и конфликтам с социальным окружением пациентов.

4. Фаза приобретения членами группы способности эффективно решать свои проблемы.

Четвертая фаза является «рабочей» фазой зрелой, активно и целенаправленно работающей психотерапевтической группы. Зрелая группа представляет собой эффективно функционирующее целое, ориентированное на решение определенных задач, эта фаза знаменует собой кульминацию групповой психотерапии. Члены группы взаимодействуют естественно и спонтанно, лидерские функции выполняются теми участниками, которые берут на себя решение важных задач. Четвертая фаза характеризуется возможностью свободного взаимодействия пациентов, совершаемого в безопасной атмосфере, функционирование в группе отличается взаимным доверием и уважением участников, они стремятся лучше понять друг друга и свои отношения, при этом развивается способность не только переживать чувства, но и осознавать их; признаком зрелости является также способность членов группы принимать разные точки зрения и амбивалентные чувства. Индивидуальный рост пациентов проявляется в их способности принимать и исполнять разные роли, а не только использовать привычные для себя стереотипные, дезадаптивные способы поведения, анализировать и разрешать конфликтные ситуации, выражать и принимать сильные эмоции, не пытаясь их блокировать, способности к конструктивному взаимодействию в ходе совместной деятельности, а также способности соотносить свои действия и переживания с реальностью.

В этой фазе проводится работа, направленная на выяснение причин конфликтов, путей их разрешения через выработку альтернативных адекватных способов поведения. Как правило, рассматриваются проблемы отдельного участника группы, остальные члены группы принимают активное участие в работе.

Основным фактором динамики группы в «рабочей» фазе развития является самораскрытие участников. В четвертой фазе работы краткосрочной интерперсональной группы возникают благоприятные условия для более частого личностного самораскрытия участников.

Можно выделить следующие механизмы терапевтического воздействия процесса самораскрытия. В первую очередь это катарсис, содержащийся в самом факте откровенного рассказа. Следующим фактором является объективизация и упорядочение материала, составляющего содержание рассказа. Достоинство самораскрытия как процесса заключа-

ется далее в том, что она ведет к развитию личности в направлении аутентичности, подлинности, повышения порога ранимости. Самораскрытие в группе приносит всем ее членам дающее облегчение переживание универсальности.

В четвертой фазе краткосрочной интерперсональной групповой психотерапии актуализируется и достигается одна из общих целей данного метода — формирование адекватной социальной адаптации. В этой фазе психотерапевты применяют вспомогательные приемы и техники различных психотерапевтических школ и направлений. Например, наиболее часто используются элементы психодрамы, в частности разыгрывание ролевых ситуаций, элементы гештальт-терапии, поведенческой психотерапии все они направлены на облегчение процесса самораскрытия, выработку альтернативных решений определенных конфликтов, обучение более эффективным социальным навыкам, повышение осведомленности о потребностях и чувствах других людей. В каждом конкретном случае подбор технических приемов производится индивидуально, в зависимости от характера проблем каждого пациента.

Таким образом, можно сформулировать следующие **задачи психотерапевтов в четвертой фазе** краткосрочной групповой психотерапии:

— содействие в развитии способности у членов группы гибко переводить фокус своего внимания с событий в группе на события биографического плана, благодаря чему пациенты начинают связывать события в группе с прошлым опытом, а также видеть повторяющиеся паттерны в своем поведении и поведении других.

— стремление к выработке навыков у участников группы соотносить значимость внутригруппового взаимодействия с тем, что происходит в их жизни за пределами группы. Так, например, озабоченный своими конфликтными отношениями с важным для себя человеком (как правило, супругом / супругой) участник группы может получить определенную помощь со стороны других пациентов и психотерапевтов в понимании своих проблем, если присутствующие пытаются связать его изложение ситуации с наблюдаемыми особенностями его поведения в группе.

— формирование менее директивной, структурирующей позиции психотерапевтов, направленной на проявление пациентами возможности экспериментировать, изменять свои стереотипные дезадаптивные способы межличностного взаимодействия. Стремление к установлению более коллегиальных психотерапевтических отношений, которые предполагают убеждение в том, что психотерапевты являются партнерами в работе, а не единственным источником помощи, поддержки и понимания для участников группы.

Заканчивая работу группы, важно оценить достигнутые результаты, т.е. назвать и конкретизировать их, а также обсудить, как участники группы намереваются воплотить в

жизнь приобретенный в группе опыт. Если к концу работы группы ответы на такие вопросы бывают конкретными, велика вероятность того, что всё, полученное участниками, действительно станет частью их жизни.

Использование в лечении больных с тревожно-фобическими, паническим и генерализованным тревожным расстройствами групповой интерперсональной психотерапии позволяет воздействовать на более специфические психотерапевтические «мишени», характерные для данных групп больных — нарастание ограничительного поведения, приводящего к редуцированию социальных связей, выраженность симптомов социофобического характера, дефицитарность коммуникативной системы и др.

Алгоритм личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии (метод динамического направления)

Уровень доказательности - В. Сила рекомендаций - 2.

Цели личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии:

- 1) глубокое и всестороннее изучение личности больного: специфики формирования, структуры и функционирования его системы отношений, особенностей его эмоционального реагирования, мотивации, потребностей;
- 2) выявление и изучение этиопатогенетических механизмов, способствующих возникновению и сохранению невротического состояния и симптоматики;
- 3) достижение у больного осознания и понимания причинно-следственных связей между особенностями его системы отношений и его заболеванием;
- 4) изменение и коррекция нарушенной системы отношений больного неврозом;
- 5) при необходимости помощь больному в разумном разрешении его психотравмирующей ситуации, изменении его объективного положения и отношения к нему окружающих.

Задачи в реконструкции отношений по каждой из структурной составляющей.

Когнитивная сфера	<ul style="list-style-type: none"> • осознание мотивов своего поведения, особенностей своих отношений, особенностей своих эмоциональных и поведенческих реакций • осознание неконструктивного характера ряда своих отношений, эмоциональных и поведенческих стереотипов • осознание связей между психогенными факторами и невротическими расстройствами, симптоматикой • осознание меры своей ответственности в возникновении в возникновении конфликтных и психотравмирующих ситуациях • осознание более глубоких причин своих переживаний и способов реагирования и формирующихся в детстве
--------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Осознания условий формирования своей системы отношений
Эмоциональная сфера	<ul style="list-style-type: none"> • эмоциональная поддержка от психотерапевта, приводящая к ослаблению защитных механизмов • научиться понимать и вербализовать свои чувства • испытывать более искренние чувства к себе • раскрыть свои проблемы с соответствующими им переживаниями, которые зачастую для него скрыты. Осознать эмоциональный компонент конфликта • произвести эмоциональную коррекцию своих отношений • модифицировать собственный способ переживаний, эмоциональное реагирование
Поведенческая сфера	<ul style="list-style-type: none"> • обладать способностью корректировать неадекватные поведенческие реакции, • приобрести новые способы адаптивного поведенческого поведения, глубокого и искреннего общения • генерализовать новые способы своего поведения во всех сторонах своей жизни.

Механизмы лечебного действия личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии лежат в трех основных плоскостях — когнитивной, эмоциональной и поведенческой:

- **конфронтация,**
- **корректирующий эмоциональный опыт,**
- **научение.**

Конфронтация - столкновение пациента с самим собой, со своими проблемами, конфликтами, отношениями и установками, с характерными эмоциональными и поведенческими стереотипами, осуществляется в основном за счет обратной связи между участниками психотерапевтического процесса.

Корректирующий эмоциональный опыт (или корректирующее эмоциональное переживание) включает:

- переживание и анализ своего эмоционального опыта (прошлого, в том числе относящегося к родительской семье, и актуального, связанного собственно с процессом психотерапии)
- и эмоциональную поддержку.

Эмоциональная поддержка означает для пациента принятие его психотерапевтом (или группой), признание его человеческой ценности и значимости, уникальности его

внутреннего мира, готовность понимать его, исходя из его отношений, установок и ценностей. Конструктивная переработка содержания обратной связи, становление адекватного самопонимания предполагает принятие пациентом новой информации о себе, которая часто не согласуется с собственными представлениями. Низкая самооценка, эмоционально неблагоприятное отношение к себе препятствуют восприятию пациентом новой информации, обостряя действие защитных механизмов; более позитивная самооценка, напротив, снижает уровень психологической угрозы, уменьшает сопротивление, делает пациента более открытым для новой информации и нового опыта. Это означает, что самооценка и отношение к себе играют чрезвычайно важную роль в становлении адекватного самопонимания и могут как способствовать, так и препятствовать этому процессу.

Эмоциональная поддержка

- оказывает стабилизирующее положительное воздействие на самооценку;
- повышает степень самоуважения;
- производит корригирующее эмоциональное воздействие на такой важнейший элемент системы отношений, каким является отношение к себе, практически всегда неадекватное в структуре отношений невротической личности.

Принятие пациента психотерапевтом (или группой)

- способствует развитию сотрудничества,
- облегчает усвоение пациентом психотерапевтических норм, -
- повышает его активность и ответственность в психотерапевтическом процессе,
- создает условия для самораскрытия

Научение в рамках личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии осуществляется как прямо, так и косвенно. Групповая психотерапия более благоприятствует реализации поведенческих механизмов в сравнении с индивидуальной. Группа выступает как модель реального поведения пациента, в которой он проявляет типичные для него поведенческие стереотипы, и создает условия для исследования пациентом собственного межличностного взаимодействия, выявляя в нем конструктивные и неконструктивные элементы, приносящие удовлетворение или вызывающие негативные переживания, и для выработки навыков полноценного общения. Пациент начинает ощущать свою способность к изменениям, которые приносят ему удовлетворение и позитивно воспринимаются другими. Все это создает благоприятные предпосылки для генерализации достигнутых поведенческих изменений и на другие ситуации, в реальной жизни.