

дел внутренних болезней), облигатным психосоматическим синдромом с коморбидными психическими расстройствами, что требует комплексной оценки при диагностике и определении лечебной тактики. Именно коморбидность симптомов ФД и психических расстройств обуславливает развитие функциональных соматических

синдромов, которые по сути являются соматизированными психическими расстройствами.

Междисциплинарный подход позволяет не только своевременно диагностировать, но и успешно лечить психические расстройства, имитирующие соматические заболевания в условиях соматического стационара.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М.: Медицина, 2000.
2. Lipowski Z.J. Somatization and depression. *Psychosomatics* 1990;31:13—21.
3. Talley N.J. Dyspepsia: management guidelines for the millennium. *Gut* 2002;50.
4. Bergmann G. Funktionelle Pathologie. Berlin: Springer, 1932.
5. Alexander F. Psychosomatic Medicine. New York: Norton, 1950.
6. Мясисев В.Н. Личность и неврозы. Л., 1960.
7. Uexkull V. Th. Funktionelle Syndrome in der inderen Medizin. *Lehrb d Psychosom Med* 2tc Aufl 1981:453—63.
8. Drossman D.A., Creed F.H., Olden K.W. et al. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gut* 1999;45(Suppl. 2): 25—30.
9. Locke G.R., Weaver A.L., Melton L.J. 3rd. et al. Psychosocial factors are linked to functional gastrointestinal disorders: a population based nested case-control study. *Am J Gastroenterol* 2004;99:350—7.
10. Richter J. Stress and psychological and environmental factors in functional dyspepsia. *Scand J Gastroenterol* 1991;26(Suppl.182):40—6.
11. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства (руководство для врачей). М.: Медицина, 1986.
12. Speckens A.E.M., van Hemert A.M., Bolk J.H. et al. Unexplained physical symptoms: outcome, utilization of medical care and associated factors. *Psychol Med* 1996;26:745—52.
13. Hiller W., Rief W., Fichter M.M. Further evidence for a broader concept of somatization disorder using the somatic symptom index. *Psychosomatics* 1995;36:285—94.
14. Magni G., di Mario F., Bernasconi G. et al. DSM-III diagnoses associated with dyspepsia of unknown cause. *Am J Psychiatry* 1987;144:1222—3.

А.М. Бурно

ФПК МР РУДН, Москва

Медицинское информирование в структуре когнитивной терапии панического расстройства

MEDICAL INFORMATION IN THE STRUCTURE OF COGNITIVE THERAPY FOR PANIC DISORDER

A.M. Burno

Faculty for Postgraduate Training for Medical Workers, Russian University of Peoples Friendship, Moscow

The paper describes the procedure of cognitive therapy for panic disorder, which is based on the explanation of the nature of physical and psychopathological symptoms of anxiety.

Key words: *panic disorder, cognitive therapy, symptoms of anxiety.*
Burno Anton Markovich: drburnoml@mail.ru

В фармакотерапии панических расстройств достигнуты впечатляющие успехи, однако нелекарственные методы лечения этих состояний в ряде случаев по-прежнему актуальны. Во-первых, даже такие эффективные препараты, как ингибиторы обратного захвата серотонина, нередко вызывают неприятные побочные эффекты. Во-вторых, продолжительность приема лекарств часто непредсказуема, и нередко фармакотерапия затягивается на долгие годы, при этом есть большое количество пациентов, по тем или иным причинам не желающих длительно принимать химические препараты. В-третьих, применение способов лечения, позволяющих организму справляться с недугом собственными силами, т.е. естественным образом, является более выгодным биологически.

Все это заставляет рассматривать когнитивную терапию в качестве важной составляющей лечения панического расстройства.

Когнитивная модель панического приступа представляет собой порочный круг, состоящий из трех звеньев. Первое звено — острый аффект страха, возникающий вследствие биохимического дисбаланса или неосознаваемых психологических процессов. Второе звено — проявление страха в виде физических симптомов, связанных с активизацией вегетативной нервной системы (тахикардия, повышение АД), и в виде психопатологических «масок» тревоги (кознесезии, деперсонализация и др.). Третье звено — интерпретация пациентом возникающих симптомов как опасных для жизни или психического здоровья. Такая интерпретация резко усиливает страх и замыкает порочный круг.

Наряду с техниками и приемами классического когнитивного подхода [1, 2] при использовании предлагаемого способа рационального воздействия особое значение придается когнитивным процессам, связанным с неправильной оценкой пациентом имеющихся у него симптомов. Смысл

когнитивной перестройки состоит в изменении отношения пациента к своим переживаниям во время приступа. Это изменение достигается посредством информирования пациента о природе имеющихся у него физических и психопатологических симптомов. В процессе такого медицинского просвещения перед пациентом ставится задача научиться относиться к этим симптомам как к абсолютно безопасным.

Первый этап терапии — разъяснение механизмов панического приступа и терапевтической помощи. Беседу с пациентом можно построить, например, следующим образом: «Представьте себе дикое животное в диком лесу. Когда у него может возникнуть страх? Тогда, когда на него кто-то нападает, в ситуации опасности. Какие системы, какие органы нужны ему в этой ситуации? Естественно, мышцы, так как необходимо убежать или нападать, — возникает напряжение мышечной системы. Чтобы мышцы хорошо работали, им нужен кислород — происходит напряжение дыхательной системы. Этот кислород кровь должна доставить к мышцам — возникает напряжение сердечно-сосудистой системы. Эти системы включаются по механизму выработанного веками эволюции *оборонительного рефлекса*. Поэтому любое животное в состоянии страха будет испытывать сердцебиение, подъем АД, мышечное напряжение или дрожь, усиление дыхания и т. д., т. е. главные симптомы панической атаки.

У людей, как и у животных, тоже есть оборонительный рефлекс, и чувство страха тоже всегда связано с этими физическими проявлениями. Не случайно существует масса народных и литературных выражений, описывающих страх: «заколотилось сердце от страха», «сперло дыхание от страха», «душа ушла в пятки от страха», «остолбенел от страха» и т. д.

Итак, страх обязательно связан с физическими симптомами-ощущениями. Любой человек в состоянии сильного страха (например, на войне, в бою) обязательно испытывает их. Другое дело, что при реальной опасности человек не обращает на эти проявления внимания, так как занят другим — борьбой с причиной страха. А вот панические приступы при неврозе в виде панических атак возникают на ровном месте, без причины — в ситуации, которая никакой опасности не представляет — например, дома, на прогулке или в автобусе.

В абсолютно спокойной ситуации возникает сильный страх как проявление невроза, например как непосредственное следствие биохимического дисбаланса в нервных клетках головного мозга. Но как всякий страх он связан с физическими симптомами — сердцебиениями, повышением АД, дрожью, затруднением дыхания и т. д.

Человек, который испытывает сильный беспричинный страх и одновременно физические тягостные ощущения, естественно, приписывает опасность именно этим физическим проявлениям. Он расценивает эти симптомы как опасные для жизни (например, сильное сердцебиение — «не выдержит, остановится сердце», головокружение — «упаду, потеряю сознание»), а это в свою очередь только усиливает страх, и создается порочный круг: страх сам себя поддерживает, приступ «раскручивается». Но, если пациент научится к своим симптомам относиться спокойно, как к зубной боли («тягостно, но не опасно»), страх не будет поддерживаться, приступ не будет «раскручиваться».

Второй этап — подробное, скрупулезное исследование опасений пациента, касающихся возможного вреда испытываемых симптомов, и аргументированное развенчание этих опасений.

Катастрофические интерпретации панических атак чаще связаны со следующими симптомами: тахикардией, повышением АД, «удушьем», «головокружением» и «чувством надвигающегося сумасшествия».

Сердцебиение и повышение АД вызывают у пациентов мысль о возможной остановке сердца или разрыве сосуда в мозге («не выдержит нагрузки»). Следует подробно разъяснить больному, что здоровое сердце, как и здоровые сосуды, выдерживают любую возможную нагрузку — это физиологический закон. Полезно рассказать пациенту о системах обратной связи в организме, осуществляющих при необходимости перераспределение усилий. Стало быть, нормальная ЭКГ может служить гарантией безопасности сердцебиения или артериальной гипертензии. А значит, можно разрешить своему сердцу биться сколь угодно долго и сколь угодно сильно.

«Удушьем» пациенты обычно называют тягостные, по сути дела сенестопатические ощущения, связанные с процессом дыхания, например ощущение нехватки воздуха, ощущение того, что воздух не усваивается в легких, что в воздухе мало кислорода, что легкие не наполняются или не расправляются до конца. При этом в этих случаях никогда не бывает одышки, наоборот, пациенты время от времени делают глубокий вдох, «пытаясь полноценно наполнить легкие кислородом». Важно объяснить, что при любом состоянии, когда в организме действительно не хватает кислорода, обязательно происходят увеличение частоты и укорочение дыхания. Это — крайне жесткий критерий. И, если увеличения частоты дыхания не происходит, можно быть совершенно спокойным за дыхание, какие бы неприятные и мучительные ощущения не возникали в этот момент.

«Головокружением» больные обычно называют коэнестезию — деперсонализационное ощущение потери координации. В отличие от системного головокружения здесь нет «карусели» окружающих предметов, вокруг ничего не кружится, «все стоит на месте», но «кружится внутри головы». Следует объяснить, что если настоящее системное головокружение действительно может являться грозным симптомом органического повреждения нервной системы, то коэнестезия бывает только при неврозах и абсолютно безопасна. Важно отметить, что от коэнестезии невозможно даже упасть и симптом этот не имеет никаких внешних признаков и снаружи совершенно незаметен.

«Чувство надвигающегося сумасшествия» связано с острой дереализацией, нередко возникающей во время панических приступов. В этих случаях следует подробно разъяснить больному сущность дереализационного расстройства — *чувство* болезненного изменения восприятия при том, что само восприятие никак не нарушено. Полезно также объяснить, что человек, погружающийся в психоз, не критичен к своим психопатологическим расстройствам и, таким образом, само ощущение, что «сходишь с ума», говорит как раз об отсутствии психоза.

В конце второго этапа терапии пациент вне панического приступа может легко и аргументированно объяснить и себе, и врачу безопасность собственных симптомов. На этом этапе панические атаки, как правило, становятся несколько слабее, но справляться с ними пациент все еще не может. Во время приступа, на фоне острого страха логика не помогает, потому что «не работает».

Третий этап как раз и состоит в том, чтобы заставить работать логическое мышление даже во время приступа. Этой

Таблица. Образец самостоятельного заполнения пациентом

Тревога, %/симптомы	Опасение, %	Аргументы против, %	Опасение, %	Тревога, %
80% Сердцебиение	Не выдержит сердце 50%	Здоровое сердце выдержит любую нагрузку 95%	5%	15%
Удушье	Задохнусь 60%	Нет одышки — значит, безопасно 100%	3%	

цели служит применение метода 5 колонок. Во время приступов больному предлагается заполнять таблицу.

Четкое структурирование логического процесса с помощью колонок, процентная оценка весомости аргументов и контраргументов после каждого этапа рассуждения помогают включить логическое мышление и процессы обобщения даже на фоне острого аффекта. Постепенно пациент учится «снимать» панические атаки, заполняя колонки, а потом при должном навыке — купировать приступы, заполняя табличку в воображении. Терапия заканчивается, когда пациент чувствует, что обрел мощное средство самопомощи.

Обычная когнитивная терапия панического расстройства сравнима по эффективности с ингибиторами обратного захвата серотонина. При этом когнитивная терапия активно воздействует на «тревожное предчувствие» и фобическое избегание, т.е. на те аспекты панического расстройства, при которых лекарства малоэффективны [3]. Поскольку в результате когнитивной терапии пациент получает надежное средство самопомощи, можно говорить и о более надежном, чем у лекарств, антирецидивном эффекте. Для купирования рецидива, возникающего у больного, прошедшего курс обычной когнитивно-поведенческой терапии, часто достаточно крат-

кого напоминания основных психотерапевтических техник [3]. Наш опыт свидетельствует о том, что описанный вариант когнитивного вмешательства по крайней мере не уступает этим результатам, если пациент активно участвует в психотерапевтическом процессе и выполняет «домашние задания».

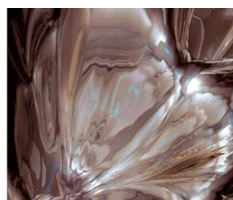
Разумеется, не всем пациентам с паническими расстройствами подходит данный вариант когнитивной терапии. Способность к рефлексии, определенный уровень интеллекта и доверие к научному образу мысли — необходимые предпосылки успешности лечения.

Паническое расстройство встречается при различных заболеваниях — в рамках эндогенного процесса, при эндогенных депрессиях, при декомпенсациях некоторых психопатий и др. Сами по себе панические приступы при этом различаются незначительно. Симптоматическое когнитивное воздействие поэтому не является нозологически специфическим. Нозология расстройства определяет общий контекст психотерапии, терапевтический прогноз и, соответственно, ориентацию пациента на те или иные результаты психотерапии.

У большинства больных сочетание психо- и фармакотерапевтических подходов представляется наиболее целесообразным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Clarc David M. Anxiety states: panic and generalized anxiety for Psychiatric Problems. A Practical Guide. New York: Oxford University Press, 1993;456 p.
2. Clarc David M. Panic disorder and social phobia. Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy. Ed. by Clarc D.M. and Fairburn C.G. New York: Oxford University Press, 1997;437 p.
3. Джекобсон Джеймс Л., Джекобсон Алан М. Секреты психиатрии. Пер. с англ. М.: МЕДпресс-информ, 2005;576 с.



НЕВРОЛОГИЯ
НЕЙРОПСИХИАТРИЯ
ПСИХОСОМАТИКА



В НОМЕРЕ:
ОСТРЫЙ ПЕРИОД
ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА:
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
НАРДНОГЕННЫЕ ИНСУЛЬТЫ:
МНОГООБРАЗНЫЕ ПРИЧИНЫ
АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ
ТЕРАПИЯ — ПЕРВИЧНАЯ
ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА
СОЧЕТАНИЕ
ДЕТСКОГО АУТИЗМА И ЭПИЛЕПСИИ:
ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ПСИХИЧЕСКИЕ РАСТРОЙСТВА,
ИМИТИРУЮЩИЕ СОМАТИЧЕСКИЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ
БОЛЬ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ

**Подписка на журнал
«НЕВРОЛОГИЯ, НЕЙРОПСИХИАТРИЯ, ПСИХОСОМАТИКА»
по электронному адресу: podpiska@ima-press.net**

**Заполненные анкеты можно прислать по адресу:
123104, Москва, а/я 68, «ИМА-ПРЕСС».**