



**УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ
КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ
ТЕРАПІЇ**

Від турботи про психічне здоров'я окремої особи, родини – до більш здорового та гармонійного суспільства...

УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ

пр. Червоної Калини 86а, Львів, 70049, e-mail: i.cbt.org.ua@gmail.com, веб-сайт: www.i-cbt-org.ua

ДИПЛОМНА РОБОТА

***Ефективність когнітивно
поведінкової терапії в лікуванні
панічного розладу з агорафобією***

Скорбач Ірина

Житомир - 2016

ЗМІСТ

Вступ: огляд проблеми.....	4
Представлення клінічного випадку.....	5
Діагностичні критерії панічного розладу з агорафобією і деякі історичні дані щодо походження паніки і агорафобії.....	8
Вікові, гендерні особливості панічних атак, добовий розподіл панічних атак та фактори, які впливають на виникнення панічних атак.....	10
Диференційний діагноз панічного розладу з подібними станами в рамках соматичних і неврологічних захворювань.....	11
Синдром панічного розладу при різних психічних захворюваннях.....	13
Підходи фармакотерапії в лікуванні панічного розладу.....	16
Розуміння системи тривоги і когнітивно - поведінкової теорії.....	23
Емпіричні докази ефективності та місце КПТ у терапії панічного розладу.....	29
Огляд моделі когнітивно - поведінкової терапії.....	31
Приклад перебігу обстеження у представленому вище клінічному випадку.....	33
Друга фаза терапії.....	38
Приклад перебігу другого етапу терапії у представленому вище клінічному випадку.....	41
Третя фаза терапії.....	44
Приклад перебігу третього етапу терапії у представленому вище клінічному випадку.....	45
Завершальні коментарі.....	46
Бібліографія.....	48

Вступ: огляд проблеми

Панічний розлад є одним із найпоширеніших психіатричних розладів у середньому за даними досліджень 2.7% людства за життя мають панічний розлад. Згідно з статистичними даними жінки хворіють удвічі частіше, ніж чоловіки.

Дебютує панічний розлад зазвичай в молодому дорослому віці. При відсутності належної допомоги цей розлад може набувати хронічного перебігу і призвести до вираженої інвалідизації. Іноді за відсутності лікування і маючи хронічний перебіг може бути спонтанна ремісія протягом п'яти років (12%). Особливістю симптоматики даного розладу є наявність тривоги, страху у зв'язку з досвідом панічних атак, уникнення місць, де були ситуації ризику, наявність захисної поведінки. Часто даний розлад є у 60% коморбідним з депресією, генералізованим тривожним розладом, тривогою за здоров'я, соціальною фобією, простою фобією, посттравматичним стресовим розладом, обсесивно - компульсивним розладом, зловживанням алкоголем, розладом особистості. Дебютуючи вперше в житті пацієнта, рідко коли він буде свідомим звернутись за психотерапевтичною допомогою, як правило пацієнти спочатку звертаються до лікарів інших профілів, шукаючи відповіді на запитання «що зі мною?». Іншою проблемою є те, що попри звернення за психіатричною допомогою розлад неадекватно діагностується і лікується – в основному призначенням транквілізаторів, антидепресантів, що в свою чергу «прив'язує» до стаціонарів психіатричних і поступово соціально дезадаптує і інвалідизує пацієнтів. Самою важливою проблемою, особливо гостро вираженою на Україні, є недоступність більшості пацієнтів з цим розладом важливої форми допомоги – когнітивно-поведінкової терапії, яка згідно з сучасними протоколами є методом першого вибору при лікуванні панічного розладу з агорафобією. Отже, у даній праці представляється когнітивно-поведінкова модель розуміння симптомів та походження панічного розладу, а також подається стислий огляд моделі терапії панічного розладу з агорафобією методом когнітивного-поведінкової терапії та

емпіричних доказів ефективності цієї моделі з відповідною презентацією цієї моделі описом клінічного випадку.

Представлення клінічного випадку

Пані Ірина, яка має 40 років, одружена, виховує двох чудових дітей, останні два роки вважає, що є абсолютно «неповноцінною» людиною. Захворіла вперше після низки стресових подій в житті близько 3-х років тому. Стресові події, що стали викликом в житті – раптова недуга батька, догляд за ним за останні місяці і його смерть (для пацієнтки батько був людиною – однодумцем, близьким другом). Напередодні було розлучення з першим чоловіком і важке життя з ним (випивав, періодично бив, ображав). Та критичною подією стали невдалі стоматологічні послуги, коли виникла перша панічна атака, яка сильно налякала пацієнтку. Панічні атаки поступово з'являлись в житті хворої частіше, супроводжувались сильним страхом втратити контроль або «зійти з розуму», страхом смерті, прискореним серцебиттям, пітливістю, відчуттям нестачі повітря, задишкою, неприємним дискомфортом в ділянці серця, відчуттям запаморочення, онімінням в руках, ногах. Поступово вона почала уникати місця, де пацієнтка отримала досвід панічних атак, – перестала їздити, як було традиційно заведено в сім'ї, на свята до рідні в сусідні області, відмовлялась від відпочинку в санаторії. Перестала відвідувати, як то було зазвичай, вистави в театрі в сусідньому місті, усі покупки для сім'ї все частіше і частіше почав робити чоловік. На роботу (а працює вона в школі педагогом) без супроводу доньки не ходила. На наради в школі намагалась під будь-яким приводом не приходити, що згодом почало погіршувати відносини в колективі, уникала святкувань з колегами. Виходити на вечірні прогулянки, які раніше дуже любила, перестала, пояснюючи це собі тим, що «буду лежати – неприємних станів не буде». У чоловіка, з яким одружилась вдруге , робота пов'язана з постійними відрядженнями, і тому, як тільки він їхав – постійно забирала до себе в квартиру маму похилого віку спати вночі, або доньку.

Другий шлюб пацієнтки є щасливим, чоловік з любов'ю, розумінням, теплотою ставиться до дружини, і тому з перших місяців виникнення проблеми максимально підтримував дружину і шукав допомоги усюди. Після

виникнення перших панічних атак звертались на прийом до різноманітних лікарів. Прошли безліч обстежень, суттєвих порушень соматичного стану, які б могли давати панічні атаки, не виявлено. Місцевий лікар – кардіолог зорієнтував на консультацію до лікаря-психіатра (це було через п'ять місяців від виникнення першої панічної атаки). Поставлений діагноз – реактивна депресія, і призначений амбулаторний курс лікування психотропними препаратами – транквілізаторами (феназепам протягом місяця, згодом при нападах), трициклічні антидепресанти – амітріптілін протягом шести місяців, нейролептик - еглоніл. Зі слів пацієнтки, під час прийому психотропних препаратів постійно відмічала відчуття сонливості, багато спала, рівень тривоги, страху зменшився на час призначеної схеми медикаментів, але панічні атаки час від часу давали про себе знати і страх бути самою нарощувався все більше. Через півроку після прийому медикаментів лікар-психіатр порадив «позайматись» з психологом і постійно приймати гідазепам. Згодом пацієнтка під час нашої зустрічі відмітить, що психолог навчила її «переключатись на щось» і «заспокоїла» тим, що багато людей приймають роками гідазепам і живуть з цим якимось.... Люблячий чоловік не втрачав надії, шукав методи вирішення проблеми дружини і прочитав в інтернеті про ефективність когнітивно-поведінкової терапії. Складністю було налагодження процесу «доставлення» пацієнтки на психотерапевтичні сесії, враховуючи наявність панічного розладу з агорафобією, пацієнтка не могла їздити самостійно маршрутною в інше місто, а чоловік практично завжди був у відрядженні. Враховуючи дані обставини, частота сесій була спочатку двічі на тиждень, потім один раз на тиждень і тривала майже чотири місяці.

Лікування відбувалось згідно з протоколом лікування панічного розладу методом когнітивно-поведінкової терапії. Пацієнтка була мотивована на лікування, була свідома постійно виконувати домашні завдання – інтероцептивні експозиції з поведінковими експериментами. Більш складна ситуація була у поступовій відмінні елементів захисту, особливо «цілющої» аптечки, куди входили – корвалол, барбовал, гідазепам,

феназепам. За чотири місяці досягнуто позитивних результатів – майже повністю редукувались панічні напади, пацієнтка відновила самостійність у звичайних людських активностях – почала їздити на роботу в загальноміському транспорті, ходити в магазини без супроводу, спати самостійно без «компанії» мами, доньки, виступила на нараді з презентацією, на останні консультації приїжджала в інше місто автобусом без супроводу! Зайнялась спортом, більше почала приділяти увагу своїй зовнішності, зайняла активну позицію у вихованні і підтримці доньки на шляху розвитку, а не, як раніше, забирання дитини з місць, де вона хотіла знаходитись, щоб «з мамою нічого не трапилось». З чоловіком вирушили на відпочинок в санаторій «Моршин», запланували подорож по Європі.

При зворотному зв'язку від пацієнтки і її чоловіка – «ми не хотіли змиритись з тим, що все ... маємо бути з аптечкою, не залишати одну ніде, ми вірили і шукали! І щасливі, що є ефективні методи лікування, які здатні повернути людину до повноцінного життя, насолоджуватись життям, а не бачити лише страждання і безвихідь, і обмеження в звичайних буденних речах. Ми радіємо, що КПТ пофарбувала життя в різнокольорові фарби і дала можливість дихати щастям!»

Діагностичні критерії панічного розладу з агорафобією і деякі історичні дані щодо походження паніки і агорафобії

Основними симптомами даного розладу є щонайменше два неочікуваних приступи панічних атак. Панічні атаки – це несподіваний сплеск інтенсивного страху або дискомфорту, який досягає піку протягом декількох хвилин, і за цей час з'являються чотири (або більше) симптоми: прискорене серцебиття, пітливість, тремтіння, відчуття нестачі повітря, відчуття задишки, біль в грудях, нудота або неприємні відчуття в ділянці живота, запаморочення, слабкість, голово кружіння, непритомність, відчуття лихоманки або гарячки, парестезії, дереалізація (відчуття нереальності) або деперсоналізація (стан відчуження від самого себе), страх втрати контроль або страх «зійти з розуму», страх смерті. Також щонайменше одна з атак протягом місяця (або частіше) супроводжувалася одним або двома з описаного нижче:

1) стійкими хвилюваннями або переживаннями через повторні панічні атаки чи їхні наслідки (наприклад, втрата контролю, серцевий напад, страх «зійти з розуму»)

2) значними дезадаптивними змінами в поведінці, пов'язаними з атаками (наприклад, поведінка, спрямована на уникнення панічних атак, зокрема ухилення від фізичних вправ або незнайомих ситуацій).

Згідно з критеріями цей розлад не зумовлений фізіологічним наслідком дії речовини (наприклад, поведінка, спрямована на уникнення панічних атак, зокрема ухилення від фізичних вправ або незнайомих ситуацій).

Також панічний розлад не пояснюється іншими психічними розладами (наприклад, панічні атаки не виникають лише у відповідь на соціальні ситуації, які лякають, як при соціофобії; у відповідь на obsesії, як при obsesивно-компульсивному розладі; у відповідь на нагадування про травматичні події, як при ПТСР; чи у відповідь на сепарацію від особи, до якої є прив'язаність, як при розладі сепараційної тривоги).

Агорафобія – страх знаходитись в місцях або ситуаціях, звідки важко вийти, і в яких складністю є надання медичної допомоги. Як наслідок, хворий обмежує вихід з дому або потребує супроводу. Часто панічний розлад з агорафобією супроводжується депресією та алкоголізмом.

Термін агорафобія був вперше введений в 1971 році для опису хворих, які боялись і не ризикували з'являтися в будь-яких місцях без супроводу друзів і родичів. Слово має грецьке походження і означає «страх перед місцем, де відбувається торгівля». Збіг агорафобії і нападів паніки вперше зауважив Зигмунд Фрейд в 1885 році. Слово «паніка» бере початок від імені древньогрецького Бога Пана. Згідно з міфами, Пан, що випадково з'являвся, викликав такий жах, що людина швидко втікала, не відчуваючи землі під ногами.

Страх скупчення людей називається *демофобія*, страх знаходження в транспорті – *амаксофобія*, страх вулиць - *агіофобія*, страх під час прогулянок - *базіофобія*, страх замкнутого простору - *клаустрофобія*, страх подорожі - *ходофобія*. Р. Janet називав дану групу фобій «фобіями положення».

Вікові, гендерні особливості панічних атак, добовий розподіл панічних атак та фактори, які впливають на виникнення панічних атак

Найбільш часто панічні атаки зустрічаються у віці від 25 до 64 років. Можуть виникати панічні атаки і в похилому віці, але вони зазвичай бідні на ключові симптоми, хоча емоційні компоненти виражені сильно. Іноді при зборі анамнестичних даних вдається виявити, що панічні стани були в молодому віці.

Дані світової літератури свідчать про те, що панічні атаки частіше зустрічаються у жінок, ніж чоловіків (4:1). Безумовно, ключову роль грають гормональні особливості жінок, їх роль в сучасному суспільстві. В той же час менша представленість чоловіків пов'язана з трансформацією тривожних розладів в алкоголізм. Є дані, що половина чоловіків, хворих на панічні атаки, в минулому зловживала алкоголем.

Більшість пацієнтів мають панічні атаки не тільки вдень, але і вночі. Нічні напади можуть виникати до засинання хворого, будити його одразу після засинання, з'являться в першу і другу половину ночі, виникати в будь-який проміжок часу після пробудження.

Фактори, що провокують виникнення панічних атак :

- *Психогенні* – ситуації кульмінації конфлікту (розлучення, сварки в сім'ї)
 - гострі стресові події (смерть близьких, хвороба або нещасний випадок)
 - абстрактні фактори, що діють по механізму ідентифікації (книжки, фільми)
- *Біологічні* – гормональна перебудова (вагітність, пологи, припинення лактації, клімакс)
 - початок статевого життя, аборти, прийом гормональних препаратів
 - менструальний цикл
- *Фізіогенні* – алкогольні ексцеси. Метеотропні фактори.

Диференційний діагноз панічного розладу з подібними станами в рамках соматичних і неврологічних захворювань

Гіпоталамічні розлади. В структурі гіпоталамічних розладів панічні атаки частіше зустрічаються у хворих з гіпоталамічними розладами. Порушення гіпоталамо-гіпофізарної регуляції з'являється завчасно до першої панічної атаки. В анамнезі може бути олігоопсоменорея, первинне безпліддя, галакторея, полікістоз яєшників центрального генезу, виражені коливання маси тіла. Провокуючими факторами, поряд з гормональними змінами, є стресові фактори. Прояви панічного розладу супроводжуються іноді коливанням ваги тіла: падіння ваги протягом 0.5 - 1 року після початку панічних атак і збільшення на фоні лікування психотропними препаратами. У цих пацієнтів можуть відмічатись напади булімії. Лікування фармакотерапією ускладнене внаслідок збільшення ваги тіла і вторинної галактореї. В аналізі крові рівень пролактину підвищений або нормальний.

Епілепсія. В структуру нападу дієнцефальної і скроневої епілепсії входять елементи панічного нападу. Відрізнити напад скроневої або дієнцефальної епілепсії дозволяє стереотипність проявів нападу, його раптовість, коротка тривалість (1- 2 хвилини), наявність аури і типових епілептичних феноменів (психомоторних і психосенсорних розладів). Необхідна оцінка ЕЕГ під час нападу. Слід відмітити, що у хворих скроневою епілепсією окрім нападів можуть бути напади паніки.

Ендокринні порушення. У хворих з патологією щитоподібної залози (гіпо- та гіпертиреоз) часто виникають симптоми, що нагадують панічні атаки, у зв'язку з чим необхідно дослідити функцію гормонів щитоподібної залози (Т3, Т4 і ТТГ). Симпатоадреналові кризи зустрічаються у 40% хворих феохромоцитомою, у зв'язку з чим необхідно дослідити рівень катехоламінів в сечі і наднирників при підозрі на дану патологію. При підозрі на феохромоцитому необхідно утриматись від призначення трициклічних антидепресантів, тому що вони пригнічують зворотній захват і метаболізм катехоламінів.

Гіпертонічна хвороба. Гіпертонічний криз має схожість з панічними атаками. Диференційним діагнозом має бути наявність в анамнезі артеріальної гіпертензії до появи панічних атак, підвищення артеріального тиску при всіх нападах, появи під час кризів неврологічної симптоматики. При функціональному обстеженні хворих виявляється гіпертонічна ангіопатія сітківки, гіпертрофія лівого шлуночка. Слід відмітити, що у хворих на гіпертонічну хворобу, окрім кризів, можуть бути справжні панічні атаки.

Кардіальні аритмії. Частіше зустрічається пароксизмальна тахікардія, для якої характерний раптовий початок, що провокується фізичними факторами, інтенсивність тахікардії, ефективність спеціальних антиаритмічних засобів. Допомагає ЕКГ-моніторинг.

Пролапс мітрального клапану. Зустрічається у хворих з панічним розладом у 50-65%, в той час взагалі серед населення лише в 5%. Високий ступінь коморбідності не знайшов патогенетичного пояснення. Основа, що зв'язує пролапс мітрального клапану (ПМК) і панічний розлад, а також цей зв'язок, невідомі. У зв'язку з чим діагностування ПМК не є основою для заперечення діагнозу панічного розладу. При підозрі на ПМК (додатковий середньо-сistolічний тон при аускультатії серця) необхідно провести ЕКГ, ЕХО-ЕГ і лабораторні дослідження на тиреоїдні гормони (тиреотоксикоз часто в симбіозі з ПМК).

Окрім вищезазначених причин панічні атаки можуть розвиватись при зловживанні препаратами зі стимулюючою дією (амфетамін, кофеїн, кокаїн) та абстинентному синдромі (алкоголь, бензодіазепіни, барбітурати).

Синдром панічного розладу при різних психічних захворюваннях
Ендогенна депресія. Симптоматика депресії часто передує панічному розладу.

У 55-65% хворих з панічним розладом передує рекурентна депресія, при чому у 1/3 хворих вона починається до маніфестації приступів паніки. З іншого боку при ендогенних депресіях панічні атаки зустрічаються у 75% - 91% хворих, при чому у 1/3 з них появи панічної атаки передує депресивний епізод. Часто поєднання панічних атак і депресії має декілька пояснень:

1) тривожний розлад і депресія фактично єдине захворювання. Тривога і депресія представляє свого роду континуум загального фактору, який лежить в основі цих двох афективних феноменів.

2) існує коморбідність двох різних синдромів (тобто лише тривожного, або лише депресивного).

3) наявність ендогенної депресії – це фактор, що сприяє виникненню панічного розладу.

4) можливо панічний розлад передує розвитку депресивного стану.

Згідно з перерахованими вище симптомами (панічна атака! страх нападу! розширення фобічної симптоматики! формування депресивного розладу!) відмічаються як при невротичних розладах, так і при ендогенних депресіях. Слід відмітити, що при депресіях часто спостерігаються «афективні» панічні атаки з домінуванням безвиході, пригніченості, туга досягає ступеня віталізації аж до фізичних відчуттів («стискання в грудях», важкість на серці»), що супроводжується моторним неспокоєм з безуспішними спробами чимось зайнятись.

Враховуючи вищезазначене, якщо панічні атаки виникають на фоні сформованої депресії, вони феноменологічно наближаються до стану раптусу або ажитації в рамках депресії. Також при ендогенних депресіях часто зустрічаються панічні атаки з високою вмісткістю маніофобії, деперсоналізаційно-дереалізаційних розладів і сенестопатій, які не характерні для невротичних розладів.

У більшості випадків (70- 85%) панічному розладу протягом хвороби передуює депресія. Встановлено, що частота коморбідної депресії у хворих на панічний розлад зростає з давністю захворювання. В більшості випадків (65.7%) панічні атаки виглядають як маніфест депресії, рідше (34.3 %) – виникають на фоні розгорнутої картини депресії. В міжпадному періоді в структурі депресії відмічається тривожний афект, на цьому ґрунті розвивається явище агорафобії.

При поглибленні депресії панічні атаки редукуються, нарощується ангедонія, психічна анестезія, психомоторна загальмованість і можуть знову з'явитись при виході з депресивної фази.

При біполярному перебігу афективних розладів панічні атаки, що виникають на фоні депресії, при переході в нормотимію або в гіпотимію, редукуються або зменшується їх інтенсивність. Поява панічних атак в манії вказує на швидкий перехід в депресію.

Шизофренія. Приступоподібно-проградієнтний тип перебігу. Шизофренія з панічними атаками і близькими до них пароксизмальноподібними станами протікає у вигляді нападів або фаз, в яких поряд з афективними розладами різної глибини, спостерігаються різноманітні порушення психотичної симптоматики (маячної, галюцинаторної, прояви симптома Кандінського), з формуванням змін особистості, характерним для шизофренії. Спостерігається переважно біполярний тип перебігу з поступовим превалюванням депресії. Панічні напади виникають переважно в структурі депресії. Зростання частоти і важкості панічних атак корелює із зростанням в клінічній картині депресивної симптоматики, що ще раз підкреслює тропізм панічних нападів до депресивного афекту.

Окрім того, при шизофренії зустрічаються пароксизмальноподібні стани, близькі до панічних нападів, але з вмісткістю психотичної симптоматики, тому не можуть називатись панічними. Це – стани з короткочасними проявами вербальних, справжніх зорових і

псевдогалюцинацій, синдром Кандінського, істеричні сутінкові розлади, імпульсивних потягів.

Невротичні розлади. В клінічній картині невротичних розладів панічні напади зустрічаються приблизно у 70% хворих при всіх формах. При obsесивно-фобічному невротичному розладі в структурі панічного нападу присутній вітальний страх або страх з окремою фавбулою. Поряд з іншими вегетативними проявами кризи найбільш специфічними симптомами є симптоми зі сторони серцево-судинної системи (пульсація в тілі, дискомфорт в ділянці серця, хвилі жару). Під час кризи, як правило, не зустрічаються неврологічно-функціональні феномени. Після нападу виникають відчуття втоми, слабкості. В міжнападному періоді відмічається страх наступного нападу, вторинні фобії.

При істеричному невротичному розладі особливістю є відсутність тривожно-фобічного компоненту. Відчуття страху, якщо і є, то лише при перших нападах. Як правило, пацієнти або зовсім не відчувають емоційних феноменів, або скаржаться на відчуття дратівливості, напруги, відчуття, що «тіло може вибухнути», відчувають пригніченість, жалість до себе. Відмінністю кризів даного типу є наявність окремих функціонально-неврологічних феноменів (афонія, псевдопарези, аутизм, судоми) або больових феноменів в різних частинах тіла, що мають сенестоіпохондричний характер («кінжальні», «пекучі» болі, відчуття похолодання, затвердіння, переливання). Слід зазначити, що серед вегетативних проявів кризів при істеричному неврозі, можна зустріти різні прояви зі сторони шлунково-кишкового тракту(відчуття нудоти, позиви на блювоту, відрижки). Нерідко після нападів хворі відчувають полегшення. В міжнападному періоді, як правило, хворі не відчувають страху перед виникненням нападу і зв'язно відсутня обмежуюча поведінка.

Підходи фармакотерапії в лікуванні панічного розладу

Звичайно, найкращим методом лікування панічного розладу є когнітивно-поведінкова психотерапія без або з поєднанням фармакотерапії.

Згідно з сучасними підходами до фармакотерапії «ідеальний» препарат має відповідати наступним вимогам: висока антипанічна ефективність, вплив на коморбідні симптоми, благоприємний профіль переносимості, можливість поєднання з іншими ліками, можливість використання в якості підтримуючої терапії.

Методи фармакотерапії – бензодіазепінові анксиолітики, небензодіазепінові анксиолітики, трициклічні антидепресанти, інгібітори моноамінооксидази, інгібітори зворотнього захоплення серотоніна, бета-адреноблокатори.

Транквілізатори (анксиолітики, атарактики) - препарати, що мають анксиолітичний, седативний, снодійний та міорелаксуючу дію і ефективно зменшують вираженість тривоги, страху, неспокою і емоційної напруги.

1) Бензодіазепінові транквілізатори

- Альпразолам (Alprazolam)
- Бромазепам (Bromazepam)
- Гідазепам (Hydazepam)
- Діазепам (Diazepam)
- Дикалія клоразепат (Dipotassium Clorazepate)
- Клобазам (Clobazam)
- Лоразепам (Lorazepam)
- Медазепам (Medazepam)
- Оксазепам (Oxazepam)
- Темазепам (Temazepam)
- Тетразепам (Tetrazepam)
- Тофізопам (Tofisopam)
- Феназепам (Phenazepam)
- Естазолам (Estazolam)

2) Небензодіазепінові транквілізатори

- Буспірон (Buspiron)
- Гідроксізін (Hydroxyzine)
- Мепробамат (Meprobamate)
- Мебікар (Mebikar)

3) Ноотропні засоби, з вираженим анксиолітичним ефектом

- Фенібут (Phenibut)

4) Трициклічні антидепресанти – найбільш часто застосовують кломіпрамін (анафраніл), амітріптілін. Дуже висока ефективність при панічному розладі антидепресанта близького по дії, мапротіліна (лудіоміла) та атипового тіанепептина (коаксила), кломіпрамін (анафраніл) призначають частіше всього, і він має найбільшу ефективність серед трициклічних антидепресантів.

Лікування трициклічними антидепресантами призначають з невеликих доз (12.5-25 мг/добу), в подальшому дозування поступово підвищують. Середньоєфективна добова доза 150- 200 мг/добу. Антипанічна дія настає згодом. Дія трициклічних антидепресантів при панічному розладі за рахунок дії на тимічний, а особливо фобічний компонент, незначно впливаючи на тривогу очікування і соматовегетативні прояви. Однак у половини пацієнтів в перші дні відбувається посилення тривожної і вегетативної симптоматики, що може спровокувати появу панічних нападів, тому має бути делікатний підхід для підбору дозування. Дані літератури свідчать про те, що можна в перші дні додавати до антидепресантів препарати бензодіазепінового ряду (сібазон, феназепам), а також адреноблокатори – анаприлін, що дозволяє зменшити в перші дні вираженість загострення панічного розладу і дочекатись ефекту антидепресанту. Лікування трициклічними антидепресантами триває 4 - 6 місяців і згодом, протягом двох місяців зменшується дозування, якщо стан покращився. Недоліки трициклічних антидепресантів – побічні ефекти, що пов'язані зі стимуляцією вегетивних проявів: серцебиття, гіпергідроз, тремор, головокружіння, холінолітичні

ефекти, парадоксальне підвищення артеріального тиску, розлади статевої функції, підвищення ваги тіла. Особливо ці ефекти виражені у амітріптіліна. Відмічена ефективність коаксіла в дозуванні 37.5 мг на добу. Зменшення частоти панічних нападів, редукція або зменшення інтенсивності агорафобії спостерігається на 5 - 6 тижні.

5) Селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну. Окрім трициклічних антидепресантів, ефективність при лікуванні панічного розладу спостерігається при застосуванні інгібіторів зворотного захоплення серотоніну: флюоксетін (прозак, продеп), флювоксамін (феварін), сертралін (золофт), пароксетін (паксіл), циталопрам (ципраміл). Головним недоліком цієї групи є поява в перші тижні гіперстимуляції (подрозливість, безсоння, дратівливість) та посилення тривоги і панічної симптоматики (внаслідок стимуляції серотонінових ауторецепторів). Методика застосування не відрізняється від лікування депресії, але початкові дози, зазвичай, мінімальні (5 мг флюоксетіна, 50 мг флювоксаміна, 25 мг сертраліна). Протягом двох тижнів дозування доводиться до середнього, а далі, при необхідності, підвищується. В подальшому, навіть при довготривалому застосуванні, дозування не змінюється. Для довготривалого застосування дана група препаратів зручніша, ніж трициклічні препарати у зв'язку з відсутністю холінолітичної і адреноергічної дії і важливістю однократного застосування на добу.

6) Інгібітори моноамінооксидази. Представник цієї групи - піразидол. В цілому вони мають нижчий поріг ефективності, ніж дві попередні групи антидепресантів, але перевагою є краща переносимість. Лікування розпочинають з 25- 50 мг/добу з поступовим збільшенням дози до 50 мг/добу.

7) Атипові бензодіазепіни. Для лікування панічного розладу використовуються атипові бензодіазепіни - альпразолам (ксанакс) і клоназепам. Їх особливістю є висока подібність до бензодіазепінових рецепторів. Відмінністю від антидепресантів, які редукують панічні напади і

агорафобію, але мало діють на тривогу очікування нападу, альпрозолам не тільки пригнічує компонент очікування і уникання (агорафобічний), але і купує психопатологічні і соматовегетативні прояви нападу (панічний компонент) і позбавляє розвиток панічного нападу. Окрім того, він практично не викликає побічних дій до дозування 4-6 мг/добу. Альпрозолам володіє антидепресивною дією, яка розвивається через 2 - 3 тижні після початку прийому. Недоліком є ймовірність розвитку залежності (токсикоманії) і «синдрому відміни», а також необхідність трикратного прийому на добу внаслідок короткого періоду напіввиведення. Рідко при порівнянні з іншими атиповими бензодіазепінами відмічається слабкість, в'ялість, сонливість, атаксія. Вірогідність розвитку залежності обмежує можливість довготривалого застосування (більш ніж 4 - 6 тижнів) прийому препарату, однак при переносимості антидепресантів вимушені призначати альпрозолам на довготривалий термін з подальшим зменшенням дозування. Початкові дози альпрозолама складають 0.25 - 0.5% мг/добу з підвищенням дозування на 0.25 кожні три дні до повної блокади появи панічних нападів. Збереження панічних атак, їх рецидив свідчить про те, що дозування недостатнє, а побічні ефекти (седація, в'ялість, сонливість) - на необхідність зниження дози. Середні дози (4 - 6 мг/добу), лікування триває 4 - 6 місяців, в кінці зазначеної дози поступово знижують препарат по 0.5 мг в тиждень, щоб не відбулося синдрому відміни.

Клоназепам також володіє вираженою антипанічною дією в дозуванні 2-6 мг/добу, однак володіє більш вираженими побічними ефектами (сонливість, в'ялість, атаксія, депресогенність), що обмежує його застосування. В той же час за рахунок довготривалого періоду напіввиведення відмічається більш м'який «синдром відміни», відсутня необхідність трикратного прийому препарату і також легше проводити зниження дозування. Початкове дозування, зазвичай, 0.5 мг два рази на добу, згодом поступово підвищують до 2 - 6 мг/добу.

При довготривалому лікуванні бензодіазепінів слід періодично оцінювати безпеку, ефективність і наявність показів до терапії, що застосовується. Рекомендовано через певні проміжки часу (2 - 4 місяці) відповідати на наступні запитання:

1) Чи є необхідність при даному розладі продовжувати терапію? Чи пацієнт має покращення стану при застосуванні бензодіазепінів?

2) Чи залишається кратність прийому попередня, чи є факти, що пацієнт уникав застосовувати медикаменти не по схемі призначення?

3) Чи відсутні у пацієнта ознаки інтоксикації або потьмарення свідомості, пов'язаних із прийомом бензодіазепінів або їх комбінацію з іншими засобами?

Кожна відповідь «НІ» є вказівкою на необхідність завершення лікування. Кожні чотири місяці радять знизити дозування поступово. У деяких пацієнтів при цьому можна повністю відмінити препарат, у інших виникає загострення, що потребує поновлення схеми. Періодичні перерви в лікуванні можуть допомогти виявити хворих з постійною тривожністю, але гарним ефектом на фоні бензодіазепінів - їм обов'язково показана тривала терапія. Окрім того, не слід довготривало лікувати бензодіазепінами хворих з особистісними порушеннями і токсикоманічними тенденціями, включаючи також зловживання алкоголем (навіть в анамнезі).

Традиційні бензодіазепіни в ізольованому вигляді застосовуються рідко при лікуванні панічного розладу. Їх призначають, як «коректори» антидепресантів в початковій фазі лікування.

Щодо критеріїв вибору препарату - терапія трициклічними антидепресантами, і особливо, кломіпраміном - особливо ефективна у хворих з панічним розладом і коморбідною депресією з рисами «ендогенності», з високою вагою в структурі панічних нападів маніофобії, деперсоналізаційно-дереалізаційних розладів. У хворих з пізнім приєднанням депресії до панічного розладу, її атиповим, стертим характером, високою вмістом

псевдосоматоформних і конверсійних розладів, рідкістю агорафобії, ефективність трициклічних антидепресантів, зазвичай, низька.

При виражених соматовегетативних проявах ефективність трициклічних антидепресантів низька, переносимість важка. В цих випадках вирішується питання призначення атипичних бензодіазепінів або інгібіторів моноамінооксидази. Атипичні бензодіазепіни ефективні при соматовегетативних проявах панічного розладу без видимої агорафобії, при вираженій фобічній симптоматиці їх застосування не приводить до очікуваного ефекту і купує лише тривогу очікування і панічний напад. Предикторами низької ефективності атипичних бензодіазепінів є висока частота панічних атак і алексетимія (нездатність хворих адекватно виражати свої переживання і розказати про них).

Таким чином, якщо говорити про місце панічного розладу як синдрому в структурі захворювання, то при виборі терапії необхідно враховувати:

- при панічному розладі в рамках циклотимії або шизофренії, коли клінічна картина багата психопатологічними феноменами (страх зійти з розуму, депресія, деперсоналізація, тривога), найбільш ефективні кломіпрамін, амітріптілін. Препарати інгібітори зворотного захоплення адреналіну є препаратами вибору при вираженій агорафобії або наявності супутніх фобій або obsesій, які тематично можуть бути і не пов'язані з агорафобією.

- при панічному розладі в рамках невротичної патології кломіпрамін і інгібітори зворотнього захоплення серотоніну особливо ефективні при навязливостях, але ефективність знижується при астенії і істерії (тут більш ефективні атипичні бензодіазепіни і інгібітори моноамінооксидази).

Слід відмітити , що в лікуванні панічного розладу часто приходиться комбінувати базові «антипанічні» препарати з засобами, що діють на психопатоподібні (найчастіше істеричні) і іпохондричні розлади. Комбінують з нейролептиками – тіорідазин (сонопакс), сульпілід (еглоніл), хлорпротіксен. Окрім того, при діагностиці шизофренічного процесу необхідно додавання

«синдромальної» терапії нейролептиків, що мають анти - негативний ефект і діють на загальну проградієнтність процесу (тріфтазін), клозапін (азалептін), рісперідон (рісполепт).

Розуміння системи тривоги і когнітивно - поведінкової теорії

Тривога – це одна з найбільш неприємних емоцій, яку може відчувати людина. Вона характеризує широкий спектр порушень, такі як фобії (страх конкретних об'єктів або ситуацій, наприклад страх висоти, ліфтів, комах, польотів в літаках), панічні атаки, посттравматичний стресовий розлад, обсесивно – компульсивний розлад та генералізований тривожний розлад. Розвитку тривоги можуть сприяти важливі події в житті. Як приклад, травма (фізичне і сексуальне насилля; дорожньо–транспортна тривога, війна), хвороби і смерть, певні уявлення («якщо зустрінеш змію, то вона тебе вкусить»), «якщо забруднишся – захворієш»), ситуації, в яких нелегко знаходитись (виступ на людях, підвищення на роботі, народження дитини).

Реакція тривоги є нормальною, життєвоважливою реакцією на небезпеку. Коли ми очікуємо на небезпеку, наше тіло швидко виробляє адреналін, який готує нас до відповіді на небезпечні ситуації. Класичними реакціями є «битися/боротися» (прямий вплив на загрозу) або «втікати», також «завмерти» є третьою можливою реакцією. Коли ми зіштовхуємось із очікувано небезпекою, то відчуваємо страх, а розум і тіло готуються до того, щоб з цим впоратись. Розум розглядає найгірший сценарій, а тіло готується до того, щоб впоратись з ним – частота дихання збільшується, щоб забезпечити більше кисню; серце б'ється швидше, щоб донести збагачену киснем кров до основних м'язів; потові залози стають активнішими для охолодження тіла під час активності та шкіра стає вологою, гладкою, завдяки чому простіше вислизнути від ворога; кров відводиться від шкіри, що може призвести до неприємних відчуттів і блідості і приливає до крупних м'язів. Зіниці розширюються, щоб в око попало більше світла – це загострює зір і дозволяє помітити небезпеку. Таким чином, в очікуванні небезпеки поля зору розширюються, щоб загрозовий об'єкт був краще помітний. Одночасно зміни розміру зіниці можуть визвати інші симптоми, наприклад потемніння в очах, «плями» перед очима або підвищену чутливість до світла. Ще один важливий симптом – зниження слиновиділення, яке визиває сухість в ротовій

порожнині. Усі процеси в шлунковій системі сповільнюються для того, щоб енергія, яка йшла на перетравлювання використовувалась з іншою метою. Іноді цей процес супроводжується нудотою і відчуттям важкості в шлунку, може бути діарея, щоб позбавити організм від зайвого. Окрім того, в багатьох м'язах виникає напруга в очікуванні «втечі», це викликає біль і тремор. І як підсумок, у зв'язку з тим, що реакція боротьби-втечі активізує усі системи організму, на що уходить багато енергії, людина зазвичай відчуває втому і розбитість.

Реакцію тривоги відображають чотири системи: емоційна, когнітивна, фізіологічна та поведінкова. Реакція є підсвідомим процесом, що регулярно відбувається в житті кожного з нас. Тривога стає лише тоді проблемою, коли нормальна реакція перебільшується при відсутності реальної загрози. Наприклад, у чоловіка С. в минулому були панічні атаки, а тепер він страждає від страху, що вони повторяться. Для того, щоб звести до мінімуму можливість їх виникнення, він намагався не змінювати частоту дихання, побоюючись гіпервентиляції; він рухався повільно, щоб уникнути запаморочення; а також він уникав ситуацій, які, як він вважав, будуть стресовими. В результаті його життя стало дуже обмеженим. На цьому прикладі видно, що попри розуміння нормальної реакції тривоги, вона може стати надмірною і спричиняє проблему, замість функції допомоги.

Також дуже важливим є те, як людина інтерпретує події. Дві людини можуть перебувати в одній однаковій ситуації, але передбачати різні наслідки і реагувати по-різному.

Розглянемо цикл проблемної тривоги

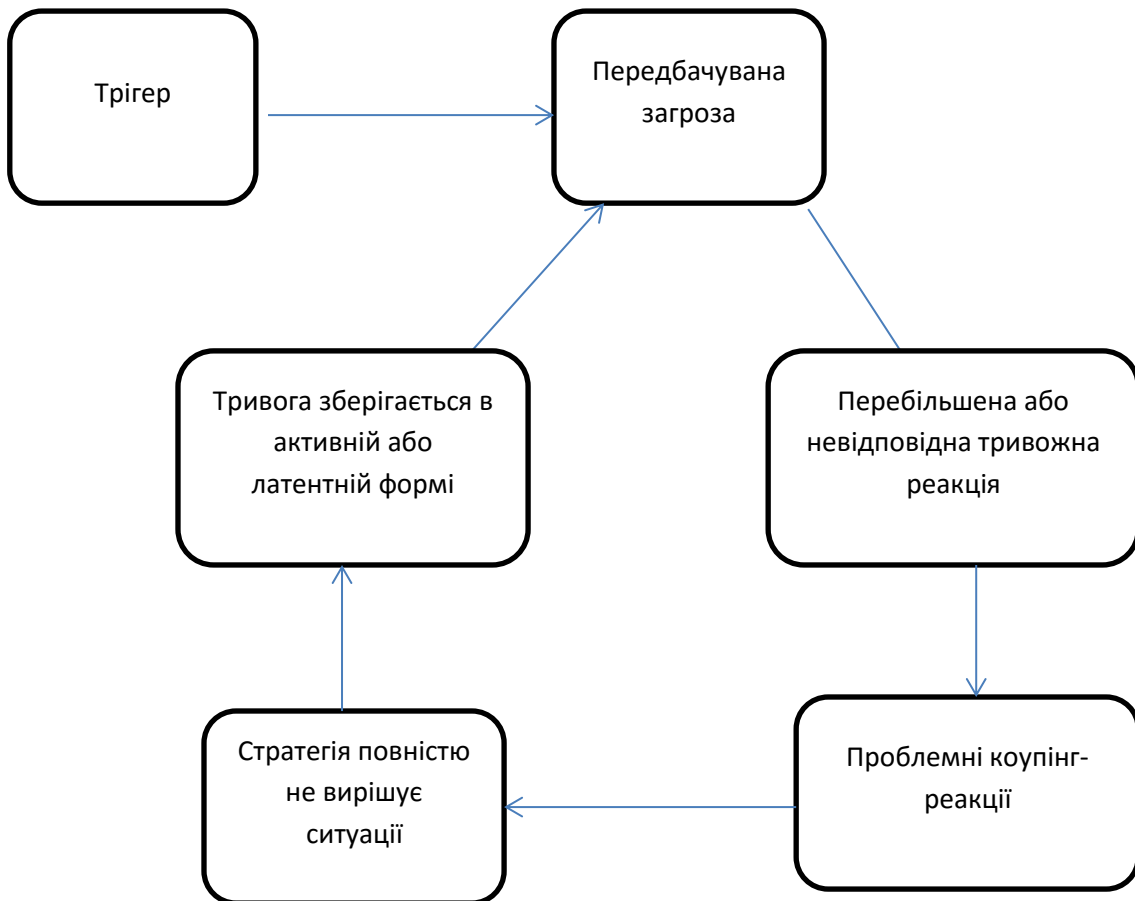
Як правило, робота з тривогою - це лінійний процес, який приходить до природного розв'язку. Наприклад, Триггер —▶ Передбачувана загроза
 → Тривожна реакція → Успішне подолання реакції → Зниження тривоги.

Однак при тривожних розладах виникає циклічний процес, у якому когнітивні та поведінкові реакції ведуть до підтримки або підвищення

тривоги. Наприклад, іспит у тривожного студента → вважає, що це загроза, тривога → важко зосереджується, не може готуватись → має погані результати; це підтверджує переконання про некомпетентність, і надмірна тривога зберігається.

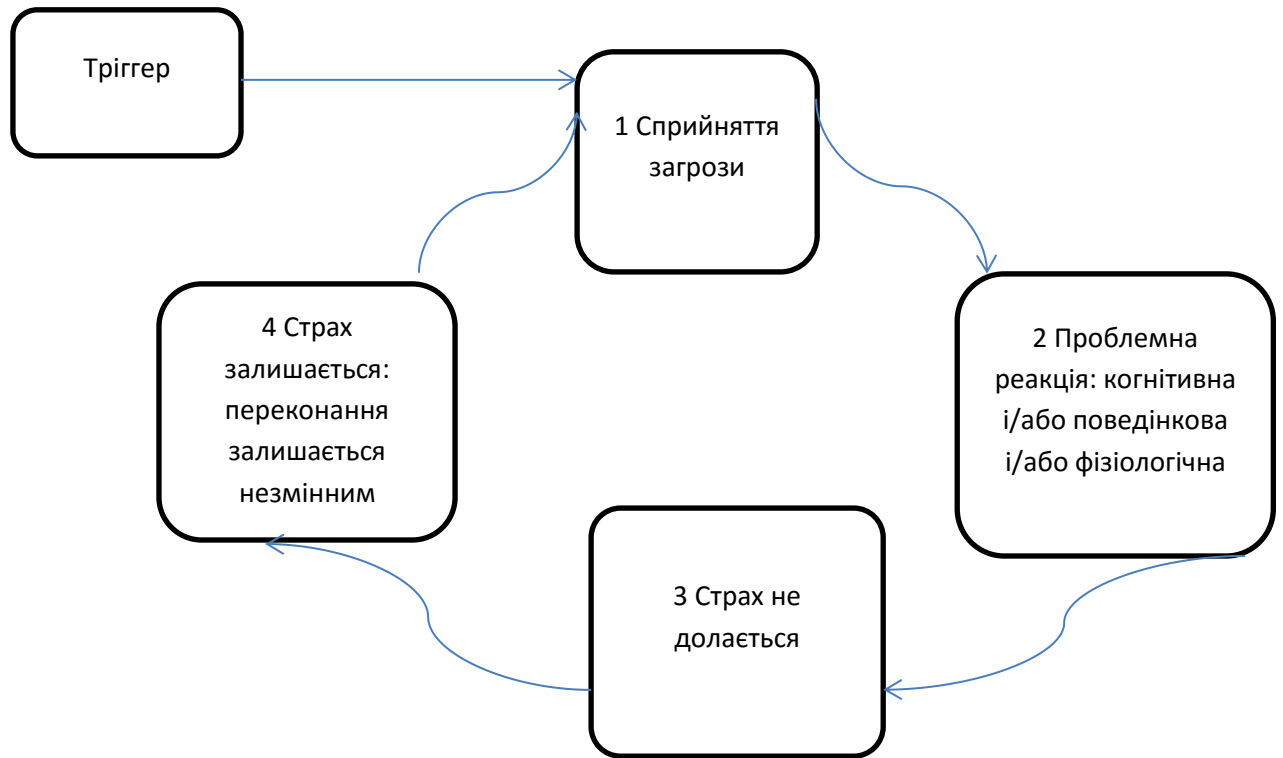
Як видно, тривога готує розум і тіло до боротьби з небезпекою: розум зосереджується на поганих речах, які можуть статись, а тіло готується до дії. Отже, тривога включає в себе, як психологічні, так і фізичні симптоми, і ці симптоми стають перебільшеними і проблемними при тривожних розладах.

Це зображено на таблиці - Цикл проблемної тривоги



Які процеси підтримують існування тривожних розладів? Ключем до розуміння цього є визначення підтримуючих циклів, які пояснюють стійкість проблем. У відповідь на внутрішній або зовнішній тригер клієнт з тривогою робить висновок (сталось щось погане і це має страшні наслідки). Зрозуміло, що клієнт хоче захиститись від передбачуваної загрози. Наприклад, людина з агорафобією «відступає» до «безпечної бази». Такі реакції дають негайне полегшення, але не піддають сумніву правдивість переконання. Таким

чином, людина з агорафобією не в змозі дізнатись, що можна перебувати в публічному місці і при цьому не станеться нічого поганого.



По суті, тривожні розлади закріплюються тим, як ми відчуваємося, що ми думаємо і що ми робимо. Кларк (Clark, 1999) припустив, що шість процесів підтримують викривлені переконання про (ірраціональну) небезпечність конкретних ситуацій.

Захисна поведінка (Salkovskis, 1988) - це поведінка або психічна активність, яка здійснюється для того, щоб не трапилось чогось поганого (див. вище 2). Звичайно захисна поведінка не є дисфункційною: подивитись в обидва боки перед тим, як перейти дорогу – це дуже функційна захисна поведінка. Однак, якщо людина на краю тротуару, і не в змозі ризикнути і перейти дорогу, то це перебільшена і проблемна захисна поведінка і саме це описує Salkovskis.

Фокус уваги: він ділиться на дві категорії: (1) увага, спрямована на ознаки загрози і (2) увага, спрямована від них.

Спонтанні образи: деякі дослідження показують, що образи можуть посилити відчуття загрози (Ottavani and Beck, Clark and Wells, 1995).

Емоційне мислення стосується переконання, що «Якщо я це відчуваю, отже, це так є». Arntz, Rauner and van den Hout, 1995 показали, що пацієнти з тривожністю оцінюють ситуації як більш небезпечні, ніж контрольна група – навіть тоді, коли вони отримують інформацію, яка гарантує їм безпеку.

Процеси пам'яті: Кларк (Clark, 1999) припускає, що існують викривлення пам'яті, які відповідають за збереження проблемної тривоги: селективне пригадування загрози і ситуацій, що викликають тривогу.

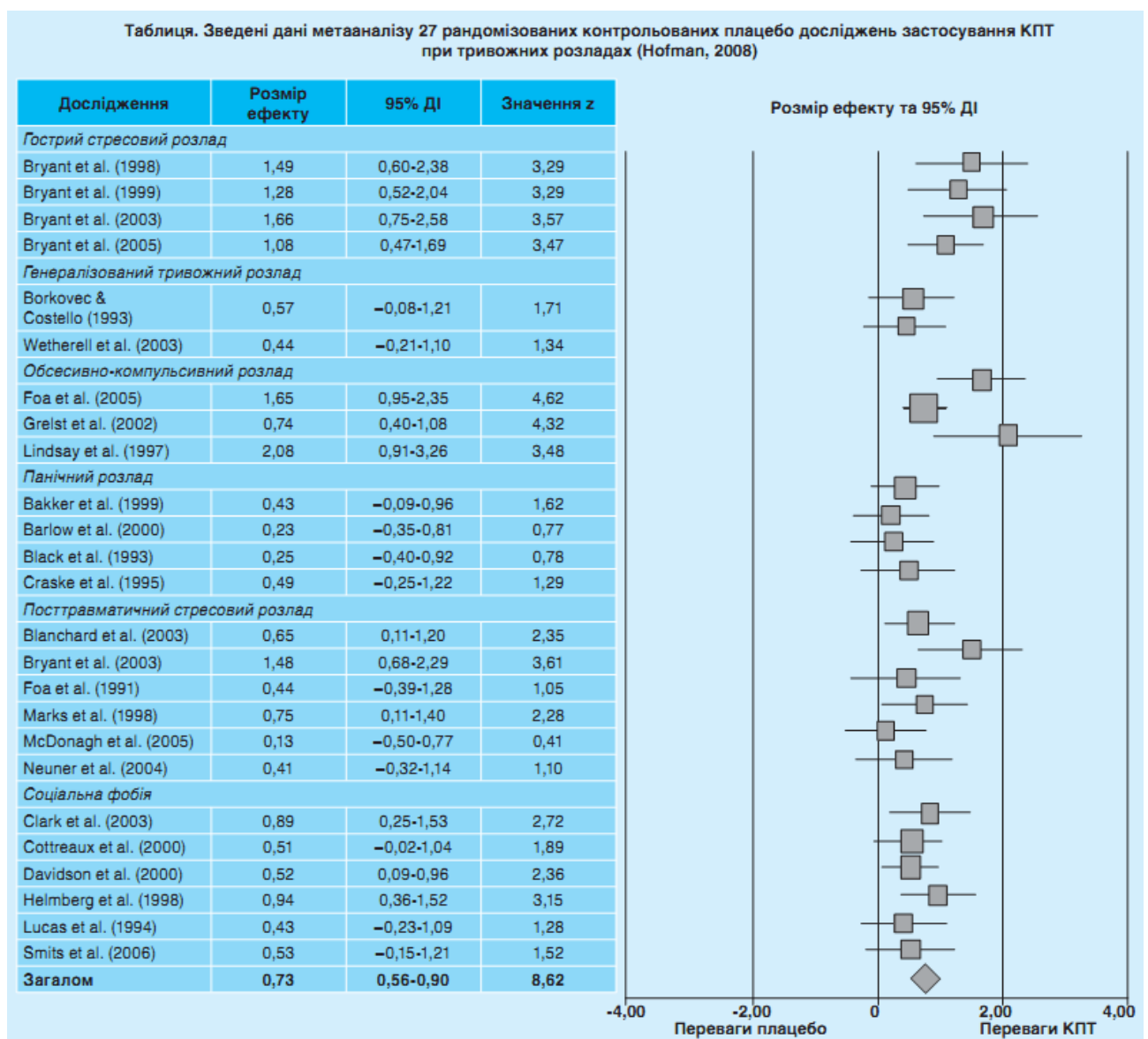
Інтерпретація ознак тривожної реакції як загрозової події – висновки, які робить людина, коли відчуває симптоми тривоги, можуть посилити проблему. Наприклад, якщо хтось з абсолютно нормальною первинною реакцією на загрозу переходить до катастрофічних висновків: «Я зомлію» і це посилює страх, викликати тривожне очікування і призвести до стратегій уникнення, які, ймовірно, продовжать страхи. Інший процес, пов'язаний із затяжним і перебільшеним відчуттям тривоги, - це переживання - румінативні, тривожні роздумування з елементом генерування небезпечних сценаріїв майбутнього (Borkovec, 1994). Хоча на короткий період переживання є корисними, оскільки привертають увагу до потенційної небезпеки (Davey @ Tallis, 1994), проте тривалий період переживання стає непродуктивним і активно підживлює. Наприклад, у відпустці я можу переживати про те, щоб не загубити цінні речі. Це фокусує процес мислення: людина перевіряє, чи є цінні речі і де б їх сховати задля безпеки. Людина схильна переживати, тривожиться про те, щоб не загубити цінності, однак цикл переживання продовжуватиметься навіть тоді, коли людина перевірить наявність цінностей. І така людина думає, « а що, якщо...», при цьому рівень тривоги буде збільшуватись при кожному повторенні цього запитання. Це ще більше посилює проблему, тому що клієнт, замкнений у повторенні переживань, часто уникає вирішення центральних проблем, таким чином, уникаючи вирішення цієї проблеми.

Отже, тривожні розлади відображають нормальну реакцію на стрес або загрозу, яка перебільшується через підвищенні фізичні реакції, викривлене мислення і/або проблемну поведінку. В результаті утворюються проблемні цикли, які можна розірвати, застосовуючи техніки роботи з проблемними відчуттями, когніціями, поведінкою.

Емпіричні докази ефективності та місце КПТ в терапії панічного розладу з агорафобією

Когнітивно - поведінкова терапія панічного розладу з агорафобією є ефективним психотерапевтичним методом, що має чіткі докази ефективності (Roth, Fonagy, 2005) і відповідно включена в сучасні протоколи лікування цього розладу (NICE, APA).

Ретельний метааналіз 27 рандомізованих контрольованих плацебо досліджень застосування КПТ при різних тривожних розладах, проведений Hofman 2008 (2008р.), підтвердив встановлену ефективність методу.



Лікування панічного розладу згідно з протоколом NICE (у порядку спадання): психотерапія, медикаментозна терапія (лікування

антидепресантами - інгібітори зворотного захоплення серотоніну і трициклічні антидепресанти; при їх неефективності іміпрамін, кломіпрамін), самодопомога. Втім, КПТ має ряд суттєвих переваг порівняно з фармакотерапією - її ефект є більш вираженим, а ефективність щодо профілактики рецидивів - висока. Застосування бензодіазепінів дає менший результат на довготермінову перспективу, і їх не слід призначати для осіб з панічним розладом. Також для лікування панічного розладу не слід призначати антигістамінні препарати із седативним ефектом або антипсихотичні препарати.

Огляд моделі когнітивно-поведінкової терапії панічного розладу

Існують *три фази* в терапії панічного розладу.

На етапі першої фази терапії проводиться обстеження і побудова формулювання, психоедукація, соціалізація в модель КПТ, нормалізація симптомів, встановлення терапевтичного альянсу, мотивування.

На етапі другої фази терапії використовуються психоедукація, когнітивні техніки (тестування наданих значень), додаткове медичне обстеження при потребі, інтероцептивні та покрокові ситуативні експозиції. Відбувається робота з підтримуючими циклами панічного розладу.

На етапі третьої фази терапії – робота на попередження рецидиву.

Когнітивно – поведінкова модель терапії панічного розладу впливає з моделі походження і розуміння розладу. Враховуючи індивідуальність і неповторність кожного випадку (наявність супутньої патології, давність проблеми і т. д.) – КПТ завжди індивідуалізована, вона виходить з ретельного обстеження випадку, побудови індивідуального формулювання і терапевтичного плану.

Обстеження та побудова формулювання.

Обстеження у моделі КПТ виходить за межі класичного психіатричного обстеження, метою якого є встановлення діагнозу – у процесі обстеження відбувається співпраця пацієнта і психотерапевта з метою виявлення специфічних значень наданих тривозі, виявлення поведінки уникнення та захисної поведінки. Отже, дані, що виявлені в процесі обстеження, допомагають спільно побудувати діагностичне формулювання, яке є маршрутом розладу і містить мішені психотерапевтичних втручань. В процесі побудови формулювання, терапевт психоедукаційно підтримує пацієнта (пояснює те, що тривога є одною з базових емоцій, і що відчувати тривогу - це є добре в певній мірі), знімає «клеймо стигматизації» щодо теми – «я психічно хворий, психіатрична лікарня чекає»), інсталює надію, що ефективність КПТ-терапії дуже висока і це підкріплює доказами наукової бази. Процес обстеження і побудови формулювання завершується

можливими варіантами допомоги (КПТ і фармакотерапія) та прийняттям інформованої згоди щодо терапії. Психотерапевт представляє модель КПТ пацієнту, знайомить його зі структурою терапії, скільки очікувано вона може тривати, запрошує до активної позиції співпраці в процесі терапії (заселяє командний дух роботи). Іноді психоедукаційна робота проводиться з рідними - з метою роз'яснення важливості допомоги в поведінкових експериментах, підтримки пацієнта в їх проведенні («працювати не на підтримку проблеми, а проти проблеми»).

Частина пацієнтів з панічним розладом спочатку з насторогою відноситься до «характеру» лікування методом КПТ, важко прийняти важливість щоденної практики інтероцептивних експозицій, систематичність поведінкових експериментів, сіється страх відмовитись від уникнення, захисної поведінки. Тому на перших сесіях часто вертаємось до психоедукаційної роботи, використовуємо мотиваційні техніки, техніки когнітивної реструктуризації та поведінкові експерименти, що долають переконання про неможливість змін. Отже, усі ці компоненти (обстеження, побудова формулювання, психоедукація, встановлення альянсу, постановка цілей, узгодження плану терапії, мотивування) становлять перший етап терапії панічного розладу методом КПТ.

**Приклад перебігу обстеження та першого етапу терапії у
представленому вище клінічному випадку**

Сесія 1-3 (обстеження – побудова формулювання – психоедукація – соціалізація в модель КПТ – постановка цілей).

Обстеження пані Ірини включало «класичне» психіатричне обстеження, пов'язане зі встановленням діагнозу, проведенням диференційної діагностики, пошуку коморбідностей, а також більш прицільне обстеження у моделі КПТ, яке було сфокусоване на виявлення поведінки уникнення і захисної поведінки, помилкову інтерпретацію тілесних відчуттів. Застосовувались опитувальники – шкала вираженості панічного розладу, анкета мобільності, поведінковий опитувальник щодо панічного розладу, опитувальник агорафобічних когніцій. В результаті цього обстеження у пані Ірини було діагностовано панічний розлад з агорафобією. Інших коморбідних розладів виявлено не було. Під час обстеження були виявленні помилкові катастрофічні інтерпретації тілесних відчуттів – серцебиття, тахіпное; захисна поведінка – потреба у постійному знаходженні близької людини; уникнення певних місць, де є скупчення людей - театри, супермаркети, торгові центри, ресторани, музеї, поїздки. Була виявлена зона комфорту – житловий квартал 200-500 метрів. Також виявлено, що під час переживання найвищого рівня тривоги, пацієнтка часто тримається або спирається на когось, сідає, іноді не рухається, завжди шукає запасний вихід, зосереджує увагу на своєму тілі, завжди намагається контролювати свій розум, часто починає більше говорити, приймає ліки – корвалол, барбовал, гідазепам, корвалтаб.

Збір сімейного анамнезу показав наявність у пані Ірини генетичної схильності до тривожних розладів (у мами тривожний темперамент). Ірина росла і розвивалась в повній чудовій родині, де з дитинства була оточена любов'ю, турботою і взаємоповагою між рідними. Відмічає, що була вразливою з дитинства, мала надмірні хвилювання під час контрольних робіт, представлення віршів, соціальних взаємодій. Розказувала, що згадує, як мала

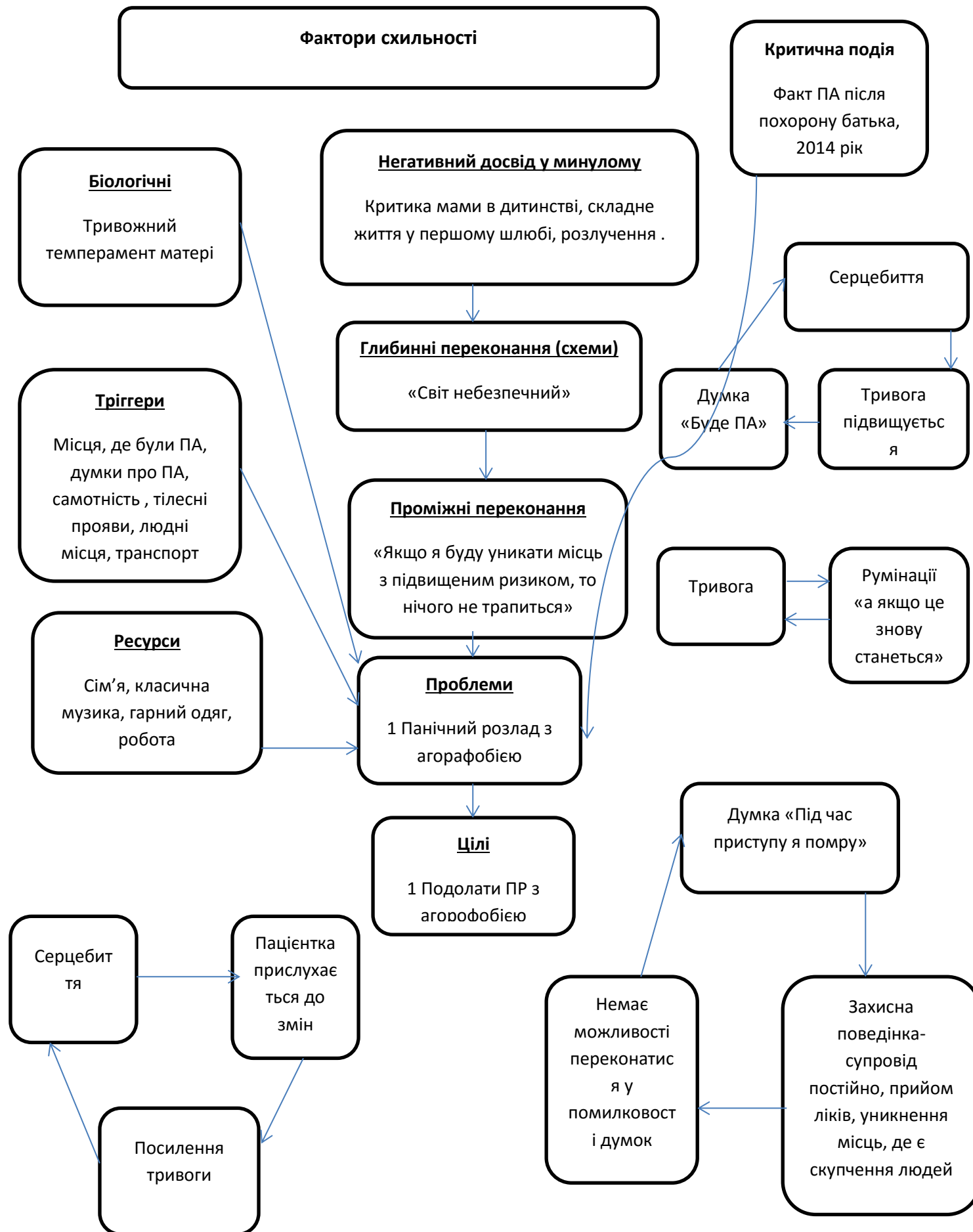
бути контрольна робота, яка вирішувала кінцеву оцінку – вона настільки перехвилювалась, що спітніли долоні, німіли руки, ноги, з'явилося тремтіння – і пацієнтка дуже хвилювалась, що так реагує і мала труднощі із зосередженням уваги і виконанням роботи з гарним результатом. Отже, загальна тривожність «вимальовується» у Ірини зі шкільних років, з особистісних схем ідентифікується схема «очікування на небезпеку»: якщо я буду уникати ситуацій з підвищеним ризиком, то нічого страшного не трапиться. Інших негативних глибинних переконань (у тому числі пов'язаних з низькою самооцінкою, невпевненістю у собі) не виявлено. Згодом у дорослому житті був негативний досвід у шлюбі – чоловік випивав, принижував, внаслідок цього пацієнтка розлучилась; викликом також було народження дитини і діагностування вади серця з негайною операцією.

Батько Ірини був з дитинства близьким однодумцем, людиною, з якою можна говорити на різні теми, мати підтримку при усіляких починаннях. Тому критичною подією у випадку з пані Іриною були важка хвороба батька і його смерть згодом внаслідок недуги, похорони, які, на думку пацієнтки, вона «перенесла мужньо», але на фоні психоемоційного виснаження вперше з'явився напад раптової тривоги, що тривав біля 7 хвилин, супроводжувався прискореним серцебиттям, відчуттям нестачі кисню, онімінням рук, ніг, запамороченням голови, пітливістю. Досвід цього стану вкрай налякав пацієнтку, з'явився страх наступної панічної атаки; думки, що під час подібних станів вона може померти. Пацієнтка, шукаючи шляхи допомоги при панічних атаках, почала прислухатись до незначних змін – реагувала на незначні коливання серцево-судинної системи (серцебиття), як наслідок посилювалась тривога. З кожним днем посилювався страх і збільшувалась кількість думок «під час панічної атаки можу померти» - ці думки були часті, і пацієнтка почала уникати місць, де мала досвід ПА – місць з великим скупченням людей (магазини, навіть невеликі прилеглі, улюблені прогулянки в сквері, поїздки в транспорті). Декілька ПА були вночі і пацієнтка вирішила допомогти собі тим, що постійно потребувала присутності вночі когось із

рідних (10-річної доньки, або похилої матері, коли чоловік від'їжджав у відрядження). Розуміючи, що в житті відбуваються зміни – звужується життєвий простір і страждає якість життя – був тернистий шлях у знаходженні правди «що зі мною?». Шлях складався з лабораторних і інструментальних методів обстеження, гіпотез лікарів щодо стану. Все зводилось до гіпертонічної хвороби, синусової тахікардії інше. Одного разу зорієнтував гастроентеролог до лікаря- психіатра. Прийняти факт звернення до психіатра було травмою, але після візиту були призначені антидепресанти, транквілізатори і дані поради - у разі випадку панічної атаки одразу користуватись феназепамом (препарат бензодіазепінового ряду), пацієнтка повірила і взяла до уваги.

На основі даного обстеження, яке тривало перші дві сесії, було побудовано спільне з пані Іриною формулювання:

Формулювання та цикли



В часі роботи над формулюванням (3 - 4 сесії) проводилась одразу психоедукація про тривогу – нормальну і патологічну, формулу тривоги, роз'яснення фізіологічних реагувань при небезпеці, симптомів панічного розладу, походження панічного розладу з агорафобією, моделі розуміння панічного розладу, роль підтримуючих циклів, відбулась соціалізація в модель когнітивно-поведінкової терапії в цілому і в контексті панічного розладу. Для пані Ірини спочатку було важко прийняти даний нахил роботи, але завдяки міцному терапевтичному альянсу – соціалізувалась в модель КПТ і зайняла згодом активну позицію подолання своєї проблеми. Помічною була також інформація про статистичні дані розповсюдженості даної проблеми і можливість термінологічної ідентифікації розладу, що згодом зіграло роль рушійної сили. Разом з пацієнткою прописали ціль в терапії і це було також мотивацією в терапії до активної роботи. Під час обстеження виявлений головний ресурс для пані Ірини - підтримка її люблячого чоловіка, який, власне, із джерел інтернету і дізнався про ефективність методу когнітивно-поведінкової терапії у лікуванні панічного розладу. Також мрії пацієнтки про життя «без обмежень» в соціумі, мрія дати любов і підтримку доньці, що підростає, а не звуження її спілкування з однолітками, мрії бути повноцінно щасливою у шлюбі з коханою людиною – все це і стало мотивуючим фактором щодо роботи в моделі когнітивно-поведінкової терапії.

Друга фаза терапії

Коли між терапевтом і пацієнтом є спільний ефективний робочий альянс, є спільне розуміння підтримуючих циклів проблеми панічного розладу та готовність співпраці – настає *другий*, основний етап терапії. Його суть у власне «звільнені» від розладу за допомогою роботи, спрямованої на зміну наданих тривозі значень (когнітивні техніки та поведінкові експерименти), подолання поведінки уникнення та захисної поведінки, сприяння габітуації – за допомогою інтероцептивної та покрокової експозиції. Як підсумок, на цьому етапі відбувається зупинка підтримуючих циклів та корекція проблемних когнітивних інтерпретацій.

Квітка панічного розладу містить 5 проблем. Перша проблема пов'язана із циклом помилкової інтерпретації тілесних симптомів. Друга проблема, цикл пов'язаний з переживаннями – цикл «тривожної румінації та очікування наступної панічної атаки». Третій цикл проблеми пов'язаний із циклом уникнення ситуацій, що можуть викликати панічну атаку або застосуванні захисної поведінки. Четвертий і п'ятий цикли пов'язані із розладом тривоги за здоров'я (втратою фізичної форми, пошуку звірень і певності).

Розглянемо модель застосування компонентів КПТ:

- Модуль №1 (робота із циклом помилкового пояснення симптомів)

психоедукація

медичне обстеження чи консультація при потребі

вербальне тестування

поведінкові експерименти

- Модуль №2 – зменшення румінації -

розпізнати і назвати переживання

нагадати про некорисність і адаптивну думку

ігнорувати переживання некорисні

майндфулнес - підхід

- Модуль №3

зрозуміти в контексті формулювання

поведінкові експерименти

інтероцептивна та ситуативна градуйована експозиція

- Модуль №4 – відновлення життя

поступова віднова фізичної форми – поведінкова активація

поступова віднова функціонування в різних сферах життя –

покрокове призначення завдань, інтерперсональні втручання при потребі

зміст і цінності життя. Постановка довго і короткотермінових цілей. Планування. Зобов'язання.

аналіз страхів і вторинної вигоди. Аналіз переваг і ризиків «відновлення життя»

консолідація набутих знань і навичок. Праця на попередження рецидиву.

- Модуль №5 – пошуку завірень і певності. Проводяться експозиції з попередженням реакції.

Когнітивні техніки з поведінковими експериментами допомагають змінити надане значення пацієнтом тривози. Суть поведінкових експериментів полягає у тому, щоб перевірити існуючі припущення (гіпотези) за допомогою конкретних дій, а не на розвиток звикання до реакції тривоги. Якщо ми розглянемо випадок, коли хтось має агорафобію і панічні атаки та боїться супермаркетів, то КПТ запрошує таку людину піти у супермаркет, але цілі й мислення, що лежать в основі стратегії будуть досить відмінними: поведінкові експозиції спрямовані на те, щоб людина засвоїла

нову поведінку в супермаркетах, яка полягатиме у тому, щоб залишатися у цій ситуації стільки часу (і повторення експозиції з відповідною частотою), щоб тривожна реакція зникла. Не буде приділено особливої уваги думкам чи переконанням; все, що потрібно – клієнт має перемогти свою поведінку уникнення настільки, щоб виникло звикання. Для того, щоб це сталося, експозиція зазвичай повинна відбуватись поступово, тобто потрібно розробити ієрархію рівнів тривоги та переконатись, що тривога не є надмірною на будь-якому з етапів.

При використанні поведінкових експериментів у КПТ відвідання супермаркету буде наступним кроком після когнітивного усвідомлення негативних прогнозів, які має людина про те, що може статися. Основна мета візиту - перевірка негативних переконань, коли клієнт може побачити, чи те, чого він боїться, справджується: чи він насправді впаде / помре / зомліє чи будь-що інше? Хоча рівень тривоги клієнта має велике значення, однак він не буде в центрі уваги під час експерименту – або принаймні не буде в центрі уваги, якщо тривога не є частиною негативних переконань («Якщо моя тривога буде дуже великою, то я втрачу контроль і збожеволю»). В останньому випадку, щоб перевірити це переконання, справді важливо, щоб тривога клієнта справді піднялася до дуже високого рівня. Хоча, можливо, клінічно важливо, щоб ситуація була вирішена поступово, але ні це, ні повторення експозиції не є важливим для поведінкового експерименту: суть у тому, щоб перевірити думки й переконання настільки докладно й переконливо, наскільки можливо, а це може відбутися за допомогою лише одного експерименту.

**Приклад перебігу другого етапу терапії у представленому вище
випадку пані Ірини**

Сесія 4-16 (зосередження роботи з підтримуючими циклами)

Перші сесії після побудови формулювання і підтримуючих циклів були направлені на роботу з першим модулем і включали психоедукацію про тривогу, вербальне тестування наданого симптомам значення і поведінкових експериментів. Метою поведінкового експерименту було перевірити те, що прискорене серцебиття – це просто симптом, який необхідний для «втечі» від небезпеки, який помилково включається. І не потрібно боятись, бо це серцебиття звичайної людини, що «втікає». Проводився поведінковий експеримент з метою перевірки гіпотез: гіпотеза А – «якщо в мене серцебиття прискорюється, тоді я зомлію», гіпотеза В – «серцебиття є реакцією «втікати» і не несе ніякої загрози». Запропоновано інтероцептивну експозицію з поведінковим експериментом - присідання протягом двох хвилин на сесії. Рівень тривоги підвищився в ході експерименту на 8 балів, через 10 хвилин було 2 бали. Віра в гіпотезу А перед експериментом була 85%. Ступінь переконання після поведінкового експерименту був майже 100% - віра в гіпотезу В. Відповідно домашні завдання були скеровані на продовження цієї роботи самостійно. Було запропоновано різновид вправ для викликання прискореного серцебиття – присідання, ходіння по сходах в під'їзді, біг. Дуже суттєву роль у підтримці дружини на даному етапі зіграв чоловік – приймав активну участь у проведенні інтероцептивних експозицій з поведінковим експериментом дружини - ходив з нею по сходах в під'їзді з першого на п'ятий поверх. Пацієнтка відповідально відносила до виконання завдань – фіксувала згідно домовленого зразка у зошиті.

Наступний сегмент роботи стосувався роботи з циклом уникнення і захисної поведінки. Стосовно даної пацієнтки було багато місць, яких вона уникала – і на роботі, і в межах прилеглої території будинку, де вона живе, та багато інших. Поступово розроблялись кроки подолання поведінки уникнення. Також розроблялись експерименти з метою відмови від захисту

(наприклад, аптечки з безліччю медикаментів). В роботі використовувались метафори про Карпати, порівняння з літаком – заклик іти в любовий таран зі своїм страхом. Розроблялась разом з пацієнткою ієрархія сходинок. Щоденно пані Ірина долала по одній сходинці і фіксувала все в бланку для реєстрації експозицій (час початку експозиції, рівень тривоги спочатку, максимальне значення тривоги, час завершення, значення тривоги вкінці. Індикатором переходу на іншу сходинку було фіксування початкового рівня тривоги 2 бали. В поведінкових експериментах суттєву роль зіграли розроблення коупінг-карточок – «заради чого і кого я це все роблю?». Вона грала роль мотиваційну, а також роль індикатора у більшій «дозі» сходинки і як наслідок перехід на пів сходинку. У даної пацієнтки вправ в уяві на «репетицію» поведінкового експерименту не було.

Результати даної роботи не змусили себе чекати – спочатку почала відвідувати невеличкий магазин біля будинку, згодом магазин в районі, сквер для відпочинку. Проводилась серія поведінкових експериментів з поїздкою на роботу і назад, потім відвідування супермаркету. Викликом в ході терапії було те, що захворіла мати пацієнтки похилого віку, її поклали в лікарню і вона мусила знаходитись поряд з матір'ю і призупинити на два тижні додання сходинок. Але за підтримки люблячого чоловіка і гарних позитивних попередніх результатів, пані Ірина з мужністю продовжила психотерапію і зайняла активну наполегливу позицію. Одним з «важких» етапів терапії був поступовий етап відмови від «таблеток - щастя» (так називають більшість пацієнтів проти тривожні препарати - анксиолітики, бензодіазепіни). Цікавим у пані Ірини було те, що вона пропонувала в аптечці носити коробки від медикаментів, а всередині покласти щось інше (наприклад інші таблетки), щоб не відмовитись від даного захисту. «Креативний підхід» пацієнтки ми врахували при розробленні поведінкових експериментів. І згодом, при зворотному зв'язку від пацієнтки, звучало, що вона відчуває підтримку і розуміння від терапевта її стану, а не змушення

робити швидко заплановані кроки. І це ще більше зміцнило стосунок в терапії.

Одним з напрямків роботи був модуль роботи з румінативним мисленням (цикл «тривожної румінації та очікування наступної панічної атаки»). Важливим аспектом в роботі було навчитись розпізнавати і називати тривожні румінації. Пацієнтці пропонувалось натренувати по крокам дану роботу. Перший крок – впізнати, сказати, що це увімкнулось радіо тривожності – голос небезпеки. Другий крок – нагадати собі, що немає ніякої користі в цьому. Третій крок - ігнорування, дистанціювання. Цей крок забезпечувався завдяки технікам відволікання і майнфулнес-підходу - вчасно помічати думки і переключатись на майнфулнес. Пані Ірина швидко опанувала дані кроки і така стратегія сприйняття і поведінки стала більш терапевтичною, ніж попередній досвід.

Динаміка редукції симптомів тривоги по шкалі Бека (Beck Anxiety Inventory) відповідно сесіям – 1, 6, 10, 19 – 21б, 17б, 11б, 6б. Шкала тривоги Гамільтона (Hamilton Anxiety Rating Scale) – динаміка по сесіям 2, 6, 17 - 29б., 18б., 7б. Останні три сесії пацієнтка самостійно приїздила з іншого міста. Для неї особисто це була найважливіша і найомріяніша перемога!

Третя фаза терапії

Сесії 17 - 19 (підведення підсумків і робота на попередження рецидиву)

Заклучна фаза КПТ-терапії орієнтована на попередження рецидиву, розвиток навичок самодопомоги. На цій фазі може мати місце робота на корекцію переконань і припущень, що були основою вразливості, схильності до тривожних розладів (схеми очікуванні небезпеки). При вираженості даної схеми може спостерігатись суттєвий вплив на життя і є ризик рецидиву панічних атак та інших тривожних розладів, хоча саме в лікуванні панічного розладу робота зі схемами не є обов'язково, але може мати місце задля зміни глибинних особистісних переконань / схем.

На третій фазі підсумовуються набуті навички пацієнта самодопомоги. Пацієнт усвідомлює, що панічні атаки можуть повернутись і чинити вплив на життя. Знаючи, що можливі різні виклики, пацієнт готується, маючи в своєму арсеналі набір технік. Частота останніх сесій змінюється – 1 раз у 2 тижні, у 4 тижні, у 2 місяці, щоб прослідкувати за здатністю пацієнта справлятись самостійно з проблемою.

В середньому оптимальна тривалість КПТ 7 - 14 годин, для більшості осіб складається із щотижневих сесій тривалістю по 1 - 2 години і має бути завершена не пізніше, ніж за 4 місяці від початку. При наявності супутніх коморбідних розладів може буди тривалішою.

Приклад перебігу третього етапу у представленому вище клінічному випадку

Вектор роботи в двох останніх сесіях був зосереджений на об'єднанні арсеналу технік, які засвоїла пацієнтка в процесі роботи. Розроблений сценарій у випадку повернення панічних атак і спокусі повернутись до захисної поведінки та поведінки уникнення. Разом з пацієнткою розроблені кроки подолання панічної атаки в гумористичний спосіб при появі довгоочікуваної панічної атаки. Запропоновано і зроблено разом з пацієнткою коупінг-карточку, де прописані кроки зустрічі зі страхом. Робота з очікуваною схемою на небезпеку не проводилась.

Останні сесії пані Ірина приїздила самостійно, підкреслюючи свої досягнення і радіючи за себе. Частота останніх сесій – 1 раз на 2 тижні. Чітко зібрана скринька навичок. Досягнуто єдиного розуміння ризику повернення симптомів, враховуючи генетичну схильність і виклики, що дарує життя. Підведені підсумки готовності до даного етапу, домовлено в телефонному режимі про невеличкі зустрічі. Отже, підводячи ризику, пацієнтка досягла в ході терапії наступне – відновила соціальну адаптацію – почала їздити в загальноміському транспорті, маршрутними перевезеннями в інші місця (як приклад, з'їздили до родичів на Чернігівщину, відпочили в Моршині з чоловіком), зайнялась спортом, почала виступати на нарадах в школі (а не уникати), налагодила стосунок з донькою в здоровий спосіб, а не використовуючи її, як елемент захисту. Усі ці здобутки зміцнили сім'ю і повернули щастя, спокій і свободу, якої так прагнув люблячий чоловік.

Завершальні коментарі

Даною роботою я ставила за мету показати сучасні підходи розуміння когнітивно-поведінкової моделі лікування панічного розладу з агорафобією. Для мене особисто, практикуючого лікаря-психіатра цінним є те, що в лікуванні панічного розладу з агорафобією, ефективність саме когнітивно-поведінкової терапії є дуже висока. Працюючи десять років в сфері охорони здоров'я лікарем-психіатром і лікуючи неодноразово дані проблеми у хворих, я завжди відчувала, що необхідно щось більше, ніж традиційний підхід підбору схем, направлених на седацію.... Підхід в лікуванні лише тільки варіаціями медикаментозних схем психотропних препаратів є запорукою розростання (патоморфозу, набуття коморбідностей) тривожних розладів і частих рецидивів. Однією з частих проблем нашого осередку, з якою стикнулася я, це те, що пацієнти, лікуючись роками, не можуть назвати словами, яку проблему вони лікують! Яка може бути ефективність в лікуванні для пацієнта, який не володіє інформацією про себе. Більш того, зайвий раз хворі «боятися» давати даний запит. Також частою складністю є забобонність суспільства йти до психотерапевта. Пацієнти попадають в поле зору лікарів-неврологів, гастроентерологів, кардіологів, ревматологів, ендокринологів інших, які часто використовують в лікувальному підході призначення декілька груп психотропних препаратів з досить серйозними дозуваннями. Також, різноманіття психотерапевтичних послуг можуть іноді дати досвід пацієнту, який зневірився і не буде розбиратись в пріоритетних напрямках, що є в протоколах при лікуванні розладів. Кожен випадок є індивідуальним і потребує особливого неповторного підходу - комусь з пацієнтів «зручніше» лікуватись фармакотерапією, хтось категорично шукає альтернативу фармакотерапії і мотивований на психотерапевтичне лікування. Більш складні випадки потребують комплексного підходу із застосуванням фармакотерапії і психотерапії. Безумовно, вибір робить пацієнт, керуючись своїм баченням і можливостями, доступними в своїй індивідуальній ситуації. Я часто пацієнтам наводжу приклад того, що найкращий лікар для дитини -

це мама, яка знає всі тонкощі і особливості свого малюка, найкращий психотерапевт – це коли пацієнт самостійно стає сам собі психотерапевтом. Але за допомогою компетентного фахівця, який готовий навчити, працюючи в команді, даній компетенції. Можливості когнітивно-поведінкової терапії в лікуванні панічного розладу високі, як і в лікуванні obsесивно-компульсивного розладу, депресії, ПТСР, розладів харчової поведінки, високі і підтверджуються емпіричними доказами ефективності. Пацієнти з проблематикою сфери «малої психіатрії» часто за статистикою звертаються першочергово до сімейних лікарів і, звичайно, маючи розуміння даних розладів важливо зорієнтувати пацієнта у пріоритетності підходу до нього. Тому що, не секрет, пацієнти шукають легких шляхів, зручних – краще ковтати таблетки, приймати крапельниці і результат гарантований. Але результатом є часті рецидиви, низка побічних дій від систематичного застосування фармакотерапії, часова прив'язка до вживання медикаментів. Спільнота КПТ-терапевтів в Україні розвивається і хочеться вірити, що поширеність допомоги моно-методом або в комплексі з фармакотерапією, буде все більш доступною до пересічного громадянина, який потребує її.

Бібліографія

1. Дейвид Вестбрук, Гелен Кеннерлі, Джоан Кірк Вступ у когнітивно-поведінкову терапію, Львів 2014
2. Сметанников П. Г. Психиатрия ,Санкт- Петербург 1997
3. Арнод Арнц , Гітта Якоб, Схема- терапия: модель роботи з частками, Львів 2014
4. Синопис діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE для діагностики і лікування основних психічних розладів
5. И. Я. Завилянский, В. М. Блейхер «Психиатрический диагноз» 1979
6. Барлоу Д. Клиническое руководство по психиатрическим расстройствам 2008
7. Д. Бек «Когнитивная терапия. Полное руководство. Москва. Киев, 2006
8. Д. Гринберг, К. Падески «Управление настроением. Методы и упражнения» Питер, 2008
9. Treatment plans and interventions for Depression and Anxiety Disorders , Robert L. Leahy, Stephen, J. Holland, New York London
10. Encyclopedia of cognitive behavioral therapy
11. Ричард Хеллэм Консультирование по проблемам тревожности, Москва 2009
12. Райан МакМаллин Практикум по когнитивной терапии Санкт- Петербург 2001
13. Каплан Г., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия, Москва 1994
14. Оксфордское руководство по психиатрии (ч.1, ч.2.)
15. «Вегетативные расстройства» под Ред. А. М. Вейна, Москва 2000