

Інформація для пацієнтів про панічний розлад і агорафобію*

Що таке панічний розлад і агорафобія?

Кожен із нас час від часу тривожиться. Проте панічна атака характеризується такою сильною тривогою, що здається, ніби у вас стається серцевий напад або що ви божеволієте, чи втрачаєте контроль над собою. Під час панічної атаки у вас можуть проявлятися такі фізичні симптоми: утруднене дихання, відчуття поколювання у тілі, дзвін у вухах, відчуття наближення смерті, тремтіння, відчуття задухи, біль у грудях, пітливість і підвищене серцебиття. Важливо проконсультуватися у лікаря, щоб виключити можливі медичні причини цих симптомів такі, як гіперфункція щитовидної залози, зловживання кофеїном, пролапс мітрального клапана чи інші захворювання. Втім панічна атака може породжувати ті ж самі тілесні симптоми, що й перелічені вище недуги. Якщо ж особа зазнає повторюваних раптових панічних атак, боїться знову їх пережити або тривожиться щодо їх значення, та, врешті, змінює свою звичну поведінку, вважають, що в цієї людини панічний розлад.

Багато пацієнтів із панічним розладом також переживають агорафобію. Агорафобія – це страх перебування в місцях або в ситуаціях, де може виникнути панічна атака, або з яких важко втекти. Наприклад, люди з агорафобією намагаються не перебувати поза домом наодинці, не ходити до супермаркету, уникають подорожей у поїздах і літаках, бояться переходити мости, опинятися на височині, перетинати відкриті місцевості, їздити в ліфті. Немало пацієнтів переживають панічну атаку в часі сну, що імовірно пов'язане з циклами сповільнення-прискорення серцевого ритму, які можуть мати місце в часі сну. Деякі пацієнти з агорафобією зазнають хвилювання при денному світлі, інших тривожить тьмяне освітлення. Спека є чи не основною передумовою панічного розладу – влітку частота панічних атак і нападів агорафобії різко зростає, головним чином тому, що спека підвищує пульс, сприяє запаморочливості, зневодненню організму людини. Також улітку загалом більше потенційних нагод перебувати надворі, де особа почувається вразливішою. Людина боїться, що такі ситуації спровокують панічну атаку.

Що спричиняє панічний розлад і агорафобію?

Згідно з деякими теоріями, багато ситуацій, здатних «дати хід» панічним атакам, справді були небезпечними в часи еволюції людини. Для прикладу, застрягнувши в тунелі, людина відчувала задуху і могла знепритомніти; вершини могли бути небезпечними; на відкритих місцевостях індивіди ризикували стати здобиччю хижаків: левів і вовків тощо; залюднені місця



робили можливим зіткнення наших предків із вороже налаштованими незнайомцями. Немало страхів, задіяних у панічному розладі й агорафобії, насправді є відлунням цих ранніх інстинктивних та адаптивних страхів. Але ці ситуації перестали бути загрозливими сьогодні.

Дослідження підтверджують зв'язок панічного розладу й агорафобії з генетикою, проте ці розлади не є цілковито спадковими. Упродовж будь-якого року від 30 до 40 % усієї популяції матимуть досвід переживання панічної атаки. Однак більшість цих людей не інтерпретуватимуть свою паніку як сигнал катастрофічної небезпеки і тому не розвинути панічного розладу чи агорафобії.

На початковому етапі панічну атаку, зазвичай, активує стресова ситуація – це може бути переїзд із дому, подружній конфлікт, операція, нові обов'язки або фізична хвороба. Відчуття фізичного збудження (важке дихання, пітливість, запаморочення, посилене серцебиття тощо) можна помилково інтерпретувати як сигнали надзвичайної небезпеки. Наприклад, людина зосереджується на підвищенні частоти серцебиття і робить поспішний висновок, що ось-ось у неї станеться серцевий напад. Як наслідок, особа може розвинути надмірну пильність (це є надмірне зосередження на фізіологічних відчуттях), що, своєю чергою, призводить до посилення збудження (примноження тілесних відчуттів і тривоги). Це збудження ініціює подальші катастрофічні інтерпретації подій, які прийнято називати «фальшивими тривогами», оскільки вони сигналізують про наближення небезпеки, якої насправді не існує. Розгорнута панічна атака має всі шанси виникнути внаслідок такого збудження і викривлених інтерпретацій. Відповідно, людина формує «антиципаційну тривогу», або тривогу очікування подій (страх повторного виникнення панічних атак) і починає уникати ситуацій, які загрожують посиленням тривоги, особливо якщо немає швидкого й безпечного виходу з таких ситуацій, або ж якщо не гарантована негайна допомога. Власне саме тоді, коли основними механізмами коупінгу для подолання тривоги стають уникнення і втеча, вважають, що в особи розвинулась агорафобія.

Людина з агорафобією, яка не уникає тривожних ситуацій повністю, часто намагається заручитися підтримкою «повіреного з безпеки» – особи, яка супроводжує людину з агорафобією в цих «небезпечних» ситуаціях на випадок, коли тривога особи надмірно зростає, і вона потребуватиме втечі. Навіть якщо покладання на «повіреного з безпеки», уникнення та інша «безпечна поведінка» можуть інколи оберігати індивіда від панічних атак, усе ж він чи вона живе у страху перед наступною атакою. Внаслідок страху й



уникнення світ людини щоразу зменшується. Частково через обмеженість їхнього життя, частково внаслідок почуття нездатності до контролю і невпевненості в тому, як краще вирішити свої проблеми, у багатьох людей із панічним розладом і агорафобією розвивається депресія. Дехто з цих людей стає настільки тривожним і пригніченим, що вдається до «самолікування» алкоголем, Валіумом, або Ксанаксом.

Які є поширені неправильні переконання щодо панічного розладу й агорафобії?

Деякі люди помилково вважають, що панічний розлад є результатом глибоко вкорінених психологічних проблем. Звісно, будь-хто з панічними атаками чи без них може мати серйозніші труднощі, проте панічний розлад і агорафобія не обов'язково пов'язані з глибинними психологічними проблемами. Ви можете стати пригніченим, залежним і критикувати себе через панічний розлад, але власне паніку можна успішно лікувати без посередництва довготривалої терапії, не вивчаючи ваших дитячих переживань. Люди з панічним розладом і агорафобією часто мають помилкові переконання щодо тривоги, наприклад: «будь-яка тривога, що існує, є поганою» і «я повинен негайно позбутися своєї тривожності». Багато людей неправильно інтерпретують свою тривогу як провісник небезпечного захворювання. Інші, що страждали від панічних атак і агорафобії протягом багатьох років і яким не допомогла традиційна терапія, твердо переконані, що їхній стан ніколи не покращиться. Когнітивно-поведінкова терапія, із застосуванням медикаментів чи без них, часто виявляється доволі ефективною в лікуванні панічного розладу й агорафобії.

Наскільки успішною є когнітивно-поведінкова терапія при панічному розладі і агорафобії?

Щоб оцінити результативність когнітивно-поведінкового лікування панічного розладу й агорафобії, провели низку досліджень. Їх здійснювали в Оксфордському університеті в Англії, Пенсильванському університеті, університеті штату Нью-Йорк в Олбані та в інших університетах і медичних установах. Протягом курсу терапії тривалістю від 20 до 25 сесій показники ефективності коливаються в межах від 85 до 90 %. Крім цього, виявилось, що більшість пацієнтів, обстежених 1 рік після припинення терапії, зберігали покращення стану.



Медикаменти при панічному розладі й агорафобії

Виявлено доцільність застосування певних медикаментів для лікування панічного розладу й агорафобії. До них належать насамперед антидепресанти (такі, як «Тофраніл», «Прозак», «Золофт»); і бета-блокатори. Ці препарати здатні допомогти зменшити загальне збудження, та щойно ви припините приймати ліки, симптоми паніки можуть повернутися. Тому навіть якщо ви вживаєте медикаменти для полегшення симптомів панічного розладу й агорафобії, ми рекомендуємо розглянути можливість застосування когнітивно-поведінкової терапії.

Якими є поетапні завдання когнітивно-поведінкової терапії?

Когнітивно-поведінковий підхід при лікуванні панічного розладу й агорафобії зосереджений навколо кількох цілей: спершу, допомогти вам зрозуміти сутність тривоги, паніки й агорафобії; по-друге, визначити низку ситуацій, яких ви уникаєте чи боїтеся; по-третє, оцінити природу конкретних симптомів, їх частоту і важкість, а також обставини, які викликають у вас паніку; і по-четверте, з'ясувати, чи співіснують поряд із панічними інші проблеми, наприклад, депресія, інші тривоги, зловживання психоактивними речовинами, переїдання, самотність чи проблеми в стосунках/у подружжі?

Ваша терапія може містити деякі чи всі з перелічених втручань: напрацювання навичок розслаблення м'язів; релаксація за допомогою дихальних вправ (особливо, якщо у вас гіпервентиляція); техніка градуйованої (поступової) експозиції ситуацій, що викликають паніку; зниження стресу; розпізнавання вашої інтерпретації тілесних ознак стресу; навчання загальних принципів когнітивно-поведінкової терапії (полягає в розумінні, яким чином думки можуть призводити до відчуття страху та як перевірка думок і переконань може допомогти краще почуватися); тренінг асертивності (за потреби); і відпрацювання навичок розпізнавати й ослаблювати панічні симптоми при їх виникненні. Водночас терапія може стосуватися й інших можливих проблем (депресії, наприклад).

Які очікування від вас як від пацієнта?

Когнітивно-поведінкова терапія в жодному разі не є для пацієнтів пасивним досвідом. Для того, щоб терапія була дієвою, потрібна ваша активна участь у процесі лікування. Від вас очікується спроможність щотижня відвідувати сесії (іноді частіше ніж раз на тиждень); заповнювати діагностичні форми для оцінювання ваших проблем, а також виконувати домашні завдання, які ви попередньо сплануєте й узгодите разом із терапевтом. Ще раз нагадаємо, що



більшість пацієнтів – учасників цієї терапії, засвідчували позитивні зміни свого стану. А дехто мав досвід дуже швидкого покращення. *Навіть у разі стрімкого прогресу, ви все ж повинні пройти курс лікування повністю.* Передчасне припинення терапії збільшує вірогідність рецидивів.

Курс терапії запланований на 12 сесій. Перші кілька зустрічей присвячені проведенню всебічного обстеження вашого стану і поясненню особливостей лікування. Заключні терапевтичні сесії здебільшого виконують функцію супроводу. Вони заплановані двічі на тиждень і згодом – один раз на місяць.

Пакет лікувальних послуг, який ми застосовуємо, поєднує відмінні терапевтичні техніки, розроблені в Оксфордському університеті, Пенсильванському університеті та в університеті штату Нью-Йорк в Олбані. Ми розглядаємо терапію як прийом, опанувавши який, ви навчитеся допомагати самому собі. Саме тому таким важливим є виконання домашніх завдань під час терапії.

**Інформацію підготовлено по матеріалах книги Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders by Robert L. Leahy and Stephen J. Holland. Дана інформація не є інструкцією із самолікування чи рекомендацією по вибору медикаментів. Щодо діагностики і медикаментозної терапії обов'язково радьтеся з вашим лікарем!*

