

Интенсивная терапия отношений в лечении больных паническими атаками

Федоряка Денис Александрович, врач-
психотерапевт, Научно-практический
центр психотерапии ИМЧ РАН

Актуальность проблемы

1. Молодой, социально активный возраст (с преобладанием в 25-44 года)
2. Распространенность составляет 1,9–3,6% в популяции и 6% у лиц, впервые обратившихся за медицинской помощью
3. Переход в хроническую форму с последующей трансформацией в более тяжелые психические расстройства
4. Значительная социальная дезадаптация, снижение качества жизни, ограничительное поведение, которое препятствует профессиональной деятельности



- Лечение характеризуется недостаточной эффективностью и высоким процентом рецидивов, а существующие подходы к терапии имеют ряд недостатков: как фармакотерапия, так и психотерапия

Клиническая феноменология ПА

- Пароксизмальный страх (часто сопровождающийся чувством неминуемой гибели) или тревогой и/или ощущением внутреннего напряжения в сочетании с:
 1. Пульсация, сильное сердцебиение, учащенный пульс.
 2. Потливость.
 3. Озноб, тремор, ощущение внутренней дрожи.
 4. Ощущение нехватки воздуха, одышка.
 5. Затруднение дыхания, удушье.
 6. Боль или дискомфорт в левой половине грудной клетки.
 7. Тошнота или абдоминальный дискомфорт.
 8. Ощущение головокружения, неустойчивость, легкость в голове или предобморочное состояние.
 9. Ощущение дереализации, деперсонализации.
 10. Страх сойти с ума или совершить неконтролируемый поступок.
 11. Страх смерти.
 12. Ощущение онемения или покалывания (парестезии) в конечностях.
 13. Ощущение прохождения по телу волн жара или холода

Некоторые особенности

- Отсутствие критики в момент приступа
- Возможны атипичные ПА
- Не характерен продромальный период (аура)
- Длительность атаки (чаще от 10 до 30 мин)
- Возникают преимущественно в бодрствовании
- Клинические проявления вегетативной дисфункции в межприступном периоде характеризуются полисистемностью и динамичностью
- «Паника без паники» и «малые ПА»
- Спонтанность или ситуационность

Динамика заболевания

- Ремиссия наблюдается приблизительно у 40% пациентов независимо от половой принадлежности (Воробьева О.В., 2010)
- Проспективных исследований, изучающих естественное течение заболевания и фармакологическое влияние на течение заболевания, проведено крайне мало (Воробьева О.В., 2010)
- Приблизительно у одного пациента из пяти после лечения сохраняется социальная дезадаптация (Воробьева О.В., 2010)
- **Katschnig и соавт. (1995)**, основываясь на 4-летнем наблюдении более 400 пациентов, завершивших курс фармакологического лечения, показали, что у 31% наблюдается полная ремиссия, 24% испытывают эпизодические периоды ухудшения состояния, а 45% имеют персистирующие симптомы паники
- Оценка эффективности терапии проводилась на этапе выписки из стационара и на основании катamnестического исследования. У 53 (52,47 %) пациентов на момент выписки из стационара отмечалась высокая эффективность, у 48 (47,53 %) больных - низкая эффективность терапии
- Катamnез был исследован у 95 (94,05 %) человек и составил у 42 (44,21 %) пациентов от 6 до 12 месяцев, у 18 (18,95 %) - от 1 года до 1,5 лет, у 16 (16,84 %) - от 1,5 до 2 лет, у 16 (16,84 %) - от 2 до 3 лет, у 3 (3,16 %) - от 3 до 4 лет. Катamnестическая оценка проводилась при повторных поступлениях, а также во время контрольных визитов
- Катamnестическое исследование выявило отсутствие повторных поступлений у 27 (28,42 %) человек, повторные госпитализации - у 68 (71,58 %) пациентов, из которых 41 (60,29 %) - поступали 2 и более раз в год, 18 (26,47%) - госпитализировались в отделение ежегодно, 9 (13,24 %) - обращались за психиатрической помощью 1 раз в несколько лет

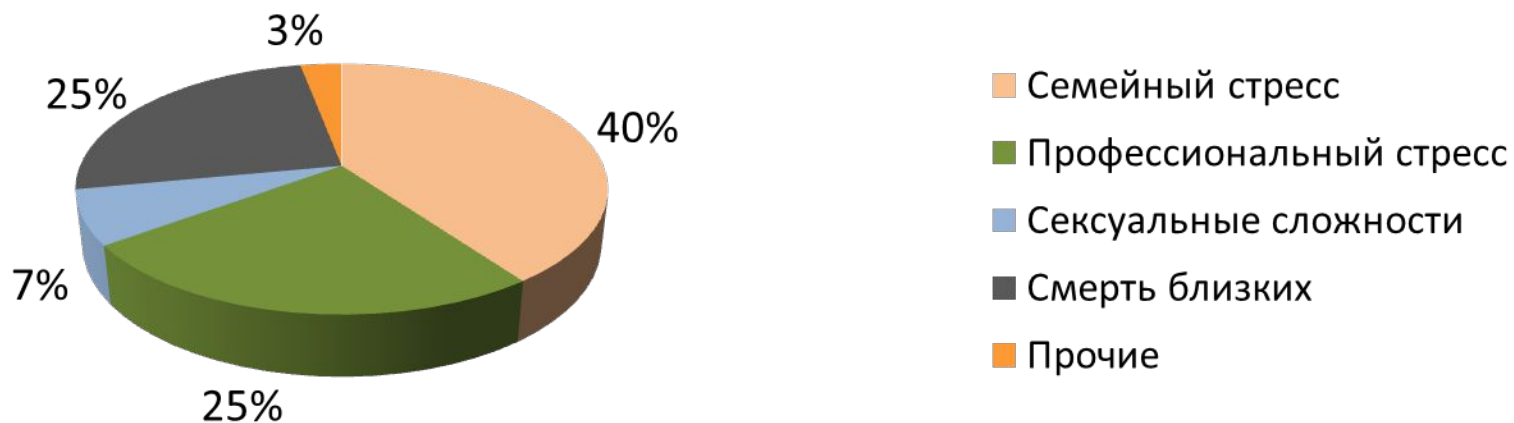
ПА при невротических расстройствах

- Около 60% больных с ПА страдают невротическими расстройствами, остальные 40% составляют расстройства адаптации, личностные расстройства, эндогенные расстройства (Вейн с соавт., 1997)
- Рассмотрение панических расстройств в отрыве от формы психического заболевания обуславливают диагностические ошибки и ведут к неадекватному лечению (Тутер Н.В., 2008)
- Согласно патогенетической концепции неврозов и психотерапии В. Н. Мясищева, ведущим этиологическим фактором неврозов является психосоциальный (личностный) фактор, а центральным звеном в развитии невротических расстройств является внутриличностный конфликт, который в данных условиях не может быть разрешен конструктивным путем (Щелкова О.Ю., 2012)

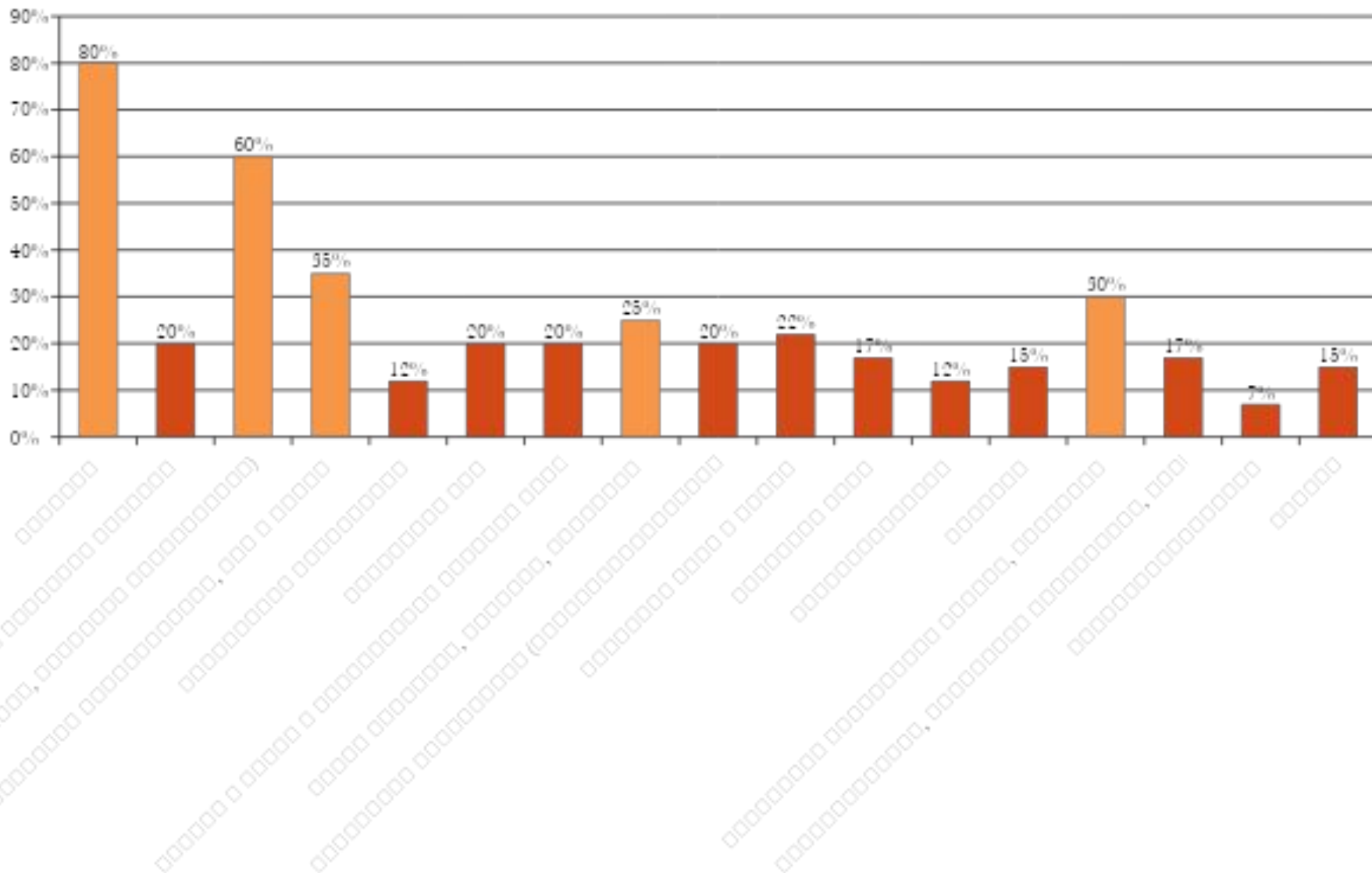
Клинико-анамнестические и психологические характеристики больных ПА

Характеристика	Результаты (в %)
Наличие в анамнезе психотравмирующей ситуации, стрессов (семейные, профессиональные, смерть родственников (значимых людей), сложности в сексуальной сфере)	100%
Наличие в анамнезе физической и психической перегрузки (вегетативной, астенической и т.п.) в момент начала приступов	40%

Распределение в % типов психотравмирующих ситуаций по значимости для больных



Жалобы пациентов ПА



Общее распределение страхов по опроснику ИСАС

1. Страх возможной болезни близких
2. Страх болезненных изменений в психическом состоянии
3. Чувство страха при нарушении ритма сердца или болевых ощущениях в нем
4. Страх при сдаче экзамена
5. Страх ответственности (принятия ответственных решений)
6. Неприятные ощущения (учащение дыхания, сердцебиения и пр.) во время вызова «на ковер» к начальству
7. Страх возможных изменений в личной жизни (развод, ухудшение взаимоотношения, неверность супруга и т.п.)
8. Страх перед публичными выступлениями
9. Боязнь животных (змей, пауков)
10. Боязнь неблагоприятных изменений в жизни в связи с возможной болезнью близких + Повторяющийся страх заболеть чем-либо
11. Страх бедности
12. Страх неизбежной старости
13. Страх высоты
14. Страх неопределенности будущего
15. Страх оказаться жертвой преступного нападения на улице
16. Страх смерти
17. Страх возможной войны
18. Страх глубины
19. Страх темноты
20. Страх замкнутых пространств
21. Страхи, связанные с половой функцией
22. Чувство тревоги из-за агрессивного поведения по отношению к своим близким (желания убить и т.п.)
23. Страх самоубийства

- **Существуют особые эмоционально-личностные характеристики пациентов с ПА:**
 - Высокая тревожность и высокий уровень страхов
 - Профиль личности по ММРІ отражает дезадаптивное состояние
 - Низкий уровень клинической депрессии при завышенной шкале ММРІ, отражающей личностные депрессивные тенденции
 - Нарушения в системе отношений больных:
 - особые мотивы обращения
 - активное включением симптоматики в регуляцию социальных отношений
 - отсутствие четкой связи между психотравмирующей ситуацией и особенностями личности

Психотерапия пациентов с паническими атаками



- Подход к терапии ПА должен учитывать особенности эмоционально-личностных характеристик, а также динамику расстройства
- При этом необходимо учитывать широкий фокус внутриличностной конфликтности
- Существующие подходы к терапии имеют ряд недостатков: как фармакотерапия, так и психотерапия
- Необходим поиск эффективных, краткосрочных, безопасных методов психотерапии ПА

Психотерапия отношений

Безусловной базовой предпосылкой является проверенная практикой вера в то, что, прежде всего отношения между людьми, к человеку могут быть лечебными

Суть

- Основной лечебный фактор: отношения психотерапевта и пациента
- Основная цель: вступление во взаимоотношения с пациентом
- Основная задача психотерапевта:
 - раскрытие собственного отношения к тем или иным аспектам жизни пациента внутри и вне психотерапевтического процесса
 - побуждение его к ответному движению в сторону взаимоотношений с психотерапевтом и к собственному самораскрытию различных сторон отношения к действительности
- Отличие: активное использование сложившихся в терапии взаимоотношений участников, приводящих к излечению одного из них и личностному росту обоих

Итак:

- Психотерапия отношений – это авторская методика ЛОРПТ, на базе теории отношений Мясищева и отечественной философии
- Общий подход: биопсихосоциальный (целостный), направление – интегративное

Теоретическое основание **ИНТЕНСИВНОЙ** психотерапии отношений

- Групповая личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия (ЛО(Р)ПТ) - метод *групповой психотерапии*, использующий в качестве основы *групповые динамические процессы*.
- Основным инструментом являются все взаимоотношения и взаимодействия, возникающие между участниками группы, включая группового терапевта (групповая динамика), которые используются в лечебных целях
- Целью является раскрытие, анализ, осознание и переработка проблем пациента, его внутриличностных и межличностных конфликтов и коррекция неадекватных отношений, установок, эмоциональных и поведенческих стереотипов на основе анализа и использования межличностного взаимодействия

Краткое описание групповой ЛО(Р) ПТ

- 3 группы механизмов лечебного действия (коррективный эмоциональный опыт, конфронтация, научение)
- 4 фазы развития группы (фаза ориентации и зависимости, фаза агрессии, рабочая фаза, фаза завершения группы)



Отличительные особенности интенсивной терапии отношений (ИТО)

- Подготовка по индивидуальной программе
- Ориентация на отношения и взаимоотношения (формирование культуры группы на фазе ориентировки и зависимости)
- Акцент на содержательной стороне отношений в фазе агрессии и рабочей фазе (конкретика для каждого участника)
- Внимание к способам реализации значимых отношений, лечебным ситуациям в группе
- Смешанный состав – расширение возможностей (возможность включения в группу здоровых и больных)



Результаты терапии

- По данным клинико-катамнестического наблюдения (на основании 6 циклов ИТО):
 1. Редукция симптоматики панических атак
 2. Смена симптоматики на менее острую, откат к «допанической»
 3. Осознание связей симптоматики с регуляцией психосоциальных отношений
 4. Включенность личностного конструкта как системы отношений (понимание важности личного участия в формировании болезни)
 5. Активная поведенческая проработка деструктивных паттернов и реализация адаптивных паттернов в жизнь
- По данным ЭЭГ в динамике: положительная динамика в виде более организованного характера альфа-ритма. Более устойчивое функциональное состояния коры больших полушарий и снижение процессов возбуждения
- Условно-отрицательные результаты: прерывание групповой терапии (на одну группу, как правило, 1 пациент), из них 50% не выходят на связь или не желают продолжать (заканчивать) психотерапию

Организационные аспекты

1. Спектр показаний к Интенсивной терапии отношений
2. Два варианта организации процесса:
 - базовый (4 дня, 36 часов, длительность занятия 1,5 часа)
 - расширенный (7 дней, 56 часов, длительность занятия 1,5 часа)
3. Состав группы:
 - пол, возраст, число участников
 - личностные характеристики участников
 - диагноз (для клинических групп)
 - опыт индивидуальной или групповой психотерапии
 - сочетание с другими формами и видами терапии
4. Ведущие группы (лучше, если их двое)
5. Важность супервизии
6. Обучение и участие «за кругом»
7. Оплата и место проведения

Отбор на группу Интенсивной терапии отношений

- Качественное и грамотное проведение отбора – 50% успешного проведения группы!
- Отбор направлен на:
 - Выяснение мотивации (в том числе «здесь-и-сейчас»)
 - Формированию заказа (на основе запроса)
 - Предоставление информации
 - Клиническая диагностика (в соотнесении с другими участниками группы)
- Пожелания и принципы:
 - Активности
 - Обязательного посещения
 - Искренности
 - Конфиденциальности

Выводы по формату ИТО:

- Экономичность (~ в 4 раза дешевле индивидуальной терапии)
- Сокращение сроков психотерапии (от 36 до 56 часов всего за несколько дней)
- Амбулаторные условия (в отличие от подобных групп в клиниках)
- Интенсивность динамики (оптимальный формат для полного прохождения фаз группы)
- Высокий мотивационный фон участников
- Возможность включения участника на любом этапе собственной «программы психотерапии»

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!