Для дискуссионного семинара по теме:

“Феномен паники: психофизиологические, социально-психологические и личностные аспекты”.

**ПАНИКА И ПАНИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО**

**Ковпак Д. В.**

к.м.н., кафедра психотерапии, медицинской психологии и сексологии Северо-Западного Государственного Медицинского Университета им. И. И. Мечникова, Международный консультативный комитет Института Бека

Понятие паника было предложено в психиатрии как разновидность тревоги. По определению американского психиатра Марка С. Голда (Mark S. Gold, 1969), паника — это «внезапно возникающая волна ужаса», это тревога, характеризующаяся внезапным началом и высокой интенсивностью. Слово «паника» ведет свое происхождение от имени древнегреческого бога Пана. Согласно мифам, неожиданно появлявшийся Пан вызывал такой ужас, что человек опрометью бросался бежать, не разбирая дороги, не отдавая себе отчета в том, что само подобное бегство могло грозить ему травмами или даже гибелью. Термин «паническая атака» получил сегодня признание во всем мире благодаря классификации, предложенной Американской ассоциацией психиатров в 1980 году. Термины «вегетативный приступ» или «диэнцефальный криз», традиционные для отечественной медицины, описывают то же состояние, но делают акцент на его вегетативных проявлениях.

DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) и ICD-10 (World Health Organization, 1994), описывают панические атаки в качестве отдельных эпизодов сильного волнения или страха, которые возникают внезапно, достигают своего максимума в течение нескольких минут и сопровождаются по меньшей мере четырьмя из перечисленных симптомов (слегка варьируют в двух приведенных руководствах ): одышка, учащенное сердцебиение, боль в груди, головокружение, дрожь, усиленное потоотделение, ощущение удушья, сухость во рту, тошнота, дереализация, парестезии (напр., онемение или покалывание, главным образом, в губах или пальцах рук), озноб или внезапные приливы, а также страх потери над собой контроля, страх смерти или сумасшествия.

Паническая атака в психической сфере проявляется в виде внезапной дезориентировки, как будто привычный поток жизни обрушивается и человек попадает в угрожающую обстановку, и становиться отрезан от того, что раньше помогало чувствовать в безопасности и уверенным в себе. Весь мир как будто бы стремительно отдаляется и становится тусклым пятном на другом конце калейдоскопа. Как говорят нам наши пациенты: «Меня накрыло какой-то пленкой; я как под колпаком; это как ты куда-то занырнул в глубину» и т. д.

Наиболее частыми катастрофическими фантазиями пациентов с паникой на острие приступа являются переживание надвигающейся смерти или беспомощности, потери контроля над собой и ситуацией.

Страдающих фобиями особенно пугает то, что приступы паники возникают вроде бы без причины или в такой ситуации, когда у человека, казалось бы, нет никакого повода нервничать или чего-то бояться. Скорость, с которой нарастают приступы, их сила и странные физические ощущения, лишь обостряют чувство страха и беспомощности. Наиболее распространены такие панические симптомы, как:

1. Одышка (диспноэ) или ощущение нехватки воздуха.

2. Головокружение, ощущение неустойчивости.

3. Сердцебиение (тахикардия).

4. Тремор.

5. Потливость.

6. Чувство удушья или комка в горле.

7. Тошнота.

8. Деперсонализация или дереализация.

9. Ощущение онемения или покалывания.

10. Приливы жара или озноб.

11. Загрудинная боль, чувство дискомфорта в груди.

12. Страх смерти.

13. Страх сойти с ума или потерять самообладание.

Нужно отметить, что панические атаки у разных людей могут проявляться с разными симптомами. Как правило, панические атаки наблюдаются 1–2 раза в неделю, хотя бывают случаи, когда они происходят по несколько раз в день или, наоборот, не чаще раза в год. Лица, которым довелось перенести это чрезвычайно тяжелое состояние, часто обращаются за медицинской помощью, полагая, что у них начался сердечный приступ или инсульт. В этом случае, убедившись, что у пациента нет соматической патологии, врач отправляет его домой, просто рекомендуя отдохнуть, но, конечно, этого недостаточно для избавления от страха. Существует высокая вероятность того, что паническая атака вскоре повторится.

Помимо физических симптомов паники, человека обычно одолевают и мучительно беспокоящие мысли, например:

• «Я, похоже, схожу с ума. У меня явно едет крыша»;

• «Я теряю контроль над собой»;

• «Вот-вот потеряю сознание»;

• «Сейчас свалюсь без чувств»;

• «Похоже, у меня сердечный приступ»;

• «У меня, наверное, инсульт»;

• «Сейчас не удержусь, заору, сорвусь с места и поставлю себя в идиотское положение».

Первый приступ паники случается, когда суммируются сразу несколько факторов. Конкретное сочетание условий — для каждого свое. Тем не менее стоит перечислить причины, которые, объединившись в цепь, замыкают жизнь человека на замок паники, превращая ее в замкнутый круг страдания.

Первая: психологическая — большинство пациентов, страдающих тревогой и страхами, относятся к категории людей, у которых доминируют такие черты личности, как тревожность, мнительность, впечатлительность, высокая требовательность к себе и другим, максимализм. В связи с этим подобные люди склонны своими рассуждениями и реакциями, чаще провоцировать насыщенные эмоциональные переживания и повышение тонуса симпатоадреналовой системы организма. Чересчур драматическое или даже катастрофическое восприятие текущих и особенно воображаемых проблем приводит к хронической психоэмоциональной перегрузке, которая до поры до времени компенсируется ресурсами организма и внешней поддержкой.

Вторая: возникает или ожидается в будущем какая-то ситуация, которая угрожает радикально ухудшить жизнь (так называемая психологическая, физическая или социальная «мышеловка»). На этом фоне также возникают какие-то сиюминутные стрессы, которые «сыплют соль» на уже имеющиеся душевные раны и служат пусковым механизмом для неожиданного приступа паники.

Третья: имеется ряд факторов (продолжительного воздействия), способствующих истощению ресурсов и механизмов адаптации и преодоления стрессов (как физических, так и психологических).

Изредка бывает, что приступы паники встречаются у нескольких членов семьи. Причиной этого в большинстве случаев служит механизм моделирования. Ребенок как губка впитывает то, что видит вокруг себя. Модели поведения значимых взрослых, в первую очередь родителей, воспринимаются им безоговорочно и некритично в качестве единственно правильного и вообще возможного варианта поведения. Следовательно, неосознанно (как для самого ребенка, так и для его родителей) идет передача тех стереотипов поведения и жизненных стратегий, которые присущи членам данной семьи. Многие люди, страдающие агорафобией, по их собственным словам, выросли в семьях, где друг к другу относились прохладно, но требовательно, особой заботы и поддержки не проявляли, но жили по жестким правилам. Или наоборот, дети находились в ситуации гиперопеки, а может быть, к ним относились как к «кумиру семьи». Те, кто, став взрослыми, обнаруживают, что подвержены паническому неврозу, в детстве, как правило, испытывали сильнейший «страх разлученных» и страх отсутствия поддержки и неуверенности в будущем, который превратил их в этаких беспомощных прилипал, боящихся одиночества, а порой наотрез отказывающихся идти в школу. Понятно, что отношения между детьми и родителями простотой никогда не отличались, а потому очень важно не заниматься поисками виноватых в зародившемся страхе ни с той, ни с другой стороны. Произошедшее не являлось злым умыслом и главное, стало уже историей, которую нельзя изменить. А настоящее как раз можно и нужно исправить. Именно на это, а не на бесплодные воспоминания и фантазии надо направить свои силы и старания.

У детей, которые в раннем возрасте оказались в чрезвычайных обстоятельствах, подверглись насилию или испытали психологическую травму, риск заболеть паническим неврозом и агорафобией значительно возрастает. Подобный опыт впоследствии делает ребенка особенно уязвимым перед лицом самых разнообразных эмоциональных проблем, среди которых паническая атака — далеко не единственная. Впрочем, некоторые эпизоды детства особо важны для позднейшего возникновения симптомов паники. Например, события, при которых ребенок стал задыхаться (едва не утонул, перенес сильный приступ астмы и т. п.), могут сделать его нервную систему сверхчувствительной к изменению уровня газов (в первую очередь кислорода и углекислого газа) в крови. Если, став взрослым, такой ребенок начинает патологически чего-то страшиться, а значит, учащенно дышать, это может кончиться для него паническими приступами.

Родители и другие значимые взрослые в окружении ребенка отличаются, например, по степени настойчивости, с которой они обращают внимание детей на потенциальные угрозы («Никогда не разговаривай с незнакомыми людьми», «Цыгане украдут», «Надень шапку или будет менингит») или на физические ощущения и чувства («Ты не заболела?», «Что-то ты неважно выглядишь»). Как шутят сами наши пациенты: «Что бы я ни собрался делать, у моей бабушки есть такая же история, в которой кто-то умер»

Указания родителей, дедушек и бабушек, а также других родственников и знакомых, а главное, впечатления от их императивных требований, примеров и рассказов в не меньшей степени, чем реальный жизненный опыт, определяют чувствительность ребенка в отношении тех угроз, которые в социуме (как микросоциуме — семье, так и в макросоциуме данного города, региона, страны) рассматриваются как существенные.

Д. Барлоу, очень известный в США психиатр и когнитивно-поведенческий терапевт, в своей книге посвященной тревоге и тревожным расстройствам 2002 года пишет, что «страх — это первобытный сигнал тревоги в ответ на непосредственную опасность, характеризующийся сильным возбуждением и тенденциями к активным действиям». А. Бек отмечает, что страх — это автоматическая реакция нейрофизиологического состояния организма человека из-за тревоги, возникшей вследствие когнитивной оценки неизбежной угрозы или физической опасности, а также опасности для личности.

Тревожность представляет собой комплекс когнитивных, эмоциональных, физиологических и поведенческих реакции системы (т. е. система быстрого реагирования на «режим опасности»), который активируется при ожидании непредсказуемых, неконтролируемых событий или обстоятельств, потенциально угрожающих жизненно важным интересам человека.

Тревога, как и любые эмоции, — отточенный эволюцией фактор, способствующий выживанию. Если бы не существовало тревоги и страха, то невозможно было бы быстро подготовить организм к интенсивной работе и качественно отреагировать на внезапную угрозу. В тех случаях, когда мы не успеваем все сознательно обдумать и взвесить, когда нет времени на долгие рассуждения, тревогой и страхом включается работа инстинкта самосохранения. Он действует по проверенному неисчислимыми поколениями наших предков шаблону, где для всего организма четко расписана программа, что и как делать. Увидел издали саблезубого тигра, услышал энергичный хруст веток, почуял запах врага — активизируйся и действуй. Не затрачивая время на рассуждения о грациозности данного зверя, шансах на победу в единоборстве с ним или количество подходов для приручения. Не можешь убежать — дерись за выживание. Есть еще вариант «прикинуться ветошью и не отсвечивать» — притвориться трупом, в расчете «убедить» хищника в своем трупном окоченении и нежелательности употребления несвежего мяса с трупным ядом. Это варианты бей, беги или замри.

Фобия (от греческого phobos — страх) — это стойкий и необоснованный страх перед отдельными предметами, людьми или животными, действиями или ситуациями. Люди, страдающие фобией, испытывают трепет даже при мысли о пугающих предметах или ситуациях, но они могут чувствовать себя вполне комфортно до тех пор, пока им удается избегать этого объекта и мыслей о нем. Большинство из них к тому же хорошо понимают, что их страхи чрезмерны и необоснованны.

Физические недуги с симптомами сильной тревоги и даже «паники» хоть и редки, но существуют. Например, заболевания щитовидной железы (которая регулирует температуру тела и скорость обмена веществ) могут вызывать симптомы, весьма похожие на симптомы страха и паники. Как правило, клиническую картину проясняют сопутствующие признаки, подтверждающие или опровергающие наличие физического недуга. Подчас симптомы «паники» оказываются первым сигналом такой глубоко затаившейся болезни.

К некоторым факторам, способным вызвать симптомы «паники», относятся:

* грубые нарушения сердечного ритма (аритмия) и, иногда, сердечно-сосудистые заболевания;
* заболевания органов дыхания;
* злоупотребление некоторыми лекарствами, например, противоастматическими;
* редкие заболевания желез внутренней секреции, от которых зависит содержание гормонов и других веществ в крови (например, феохромоцитома – опухоль, с преимущественной локализацией в мозговом веществе надпочечников, состоящая из хромаффинных клеток и секретирующая большие количества катехоламинов);
* редкие разновидности эпилепсии;
* опухоли головного мозга
* злоупотребление или слишком резкое прекращение употребления кофе, лекарств или алкоголя.

В диагностике, различают паническое расстройство с агорафобией и без нее. Лица с диагностированным паническим расстройством с агорафобией сообщают об определенных ситуациях, в которых, по их мнению, повышена вероятность возникновения приступа или он будет носить более катастрофический характер, и пытаются всячески избежать этих ситуаций. Лица с диагнозом паническое расстройство без агорафобии не склонны выделять подобные ситуации и у них не наблюдается выраженного избегающего поведения. Однако, из-за невозможности прогнозировать возникновение очередной панической атаки, у этих лиц отмечается высокий уровень генерализации тревоги в межприступном периоде. У значительной доли пациентов с паническим расстройством в той или иной степени развивается агорафобическое избегание. В соответствии с когнитивной моделью, оно формируется особенно часто у лиц, у которых первые приступы случились вне дома, в ситуациях, где получение помощи было затруднено и/или сама по себе природа страхов такова, что последствия паники были бы особенно неблагоприятными в агорафобической ситуации. В соответствии с этим предположением, Craske and Barlow (1988) сообщили о том, что в большинстве случаев первые приступы у пациентов с паническим расстройством с агорафобией развиваются, когда они находятся одни и вне дома; наоборот, у пациентов с паническим расстройством без агорафобии первые приступы развиваются дома в присутствии других лиц.

Кажущаяся внезапной природа некоторых приступов, “словно гром среди ясного неба”, позволила многим биологически ориентированным исследователям высказать предположение о том, что паническое расстройство лучше всего рассматривать как нейрохимическое заболевание (Charney, Heninger & Breir 1984; Klein, 1993). Однако, в середине 80-х гг., ряд исследователей (Beck, Emery and Greenberg, 1985; Clark, 1986, 1988; Ehlers & Margraf, 1989: Margraf, Ehlers & Roth, 1986; Rapee, 1985; Salkvoskis, 1988) пришли к общему мнению, что паническое расстройство лучше всего трактовать с когнитивных позиций.

Согласно когнитивной модели панического расстройства (Clark, 1986, 1988), панические атаки являются следствием катастрофической ошибочной интерпретации определенных телесных ощущений/ошибочной интерпретации определенных телесных ощущений как свидетельства надвигающейся катастрофы. В большинстве своем, такие ощущения (напр. сердцебиение, одышка, головокружение) свойственны обычным тревожных реакциям, однако включают и ряд других. Вследствие катастрофической интерпретации, эти телесные ощущения воспринимаются как гораздо более опасные, чем они есть на самом деле, в сущности, они расцениваются как свидетельство надвигающейся физической или психической катастрофы. Так, ощущение легкой одышки расценивается как свидетельство скорой остановки дыхания и, как следствие, смерти; ощущение сердцебиения и стеснения в груди — как свидетельство грозящего сердечного приступа; ощущение пульсации в области лба — как свидетельство об инсульте; или ощущение дрожи — как надвигающуюся потерю контроля и сумасшествие.

Панические атаки могут быть спровоцированы как внешними (например, отдел супермаркета для пациента с паническим расстройством с агорафобией, лифт, метро или самолет), так и внутренними стимулами (телесные ощущения, мысли, образы). Последовательность событий, приводящая к атаке, начинается с воздействия стимула, который расценивается как признак надвигающейся опасности. Такая интерпретация вызывает состояние ужаса, сопровождающееся широким спектром телесных ощущений. Если провоцированные тревогой ощущения интерпретируются катастрофическим способом (оценивающиеся пациентом как признак грядущего сумасшествия, потери сознания, смерти, потери контроля и т.д.), беспокойство нарастает, что приводит к усилению телесных ощущений и формированию порочного круга, кульминацией которого и становится паническая атака.

Когнитивная модель объясняет механизм возникновения панических атак, как развивающихся на фоне предшествующей повышенной тревоги, так и тех, которые возникают словно гром среди ясного неба. При первых, изначально подвергающиеся ошибочной интерпретации ощущения часто являются следствием предшествующей тревоги ожидания панического приступа или тревоги по поводу события, не связанного с панической атакой (напр., беспокойство по поводу экономического кризиса). При панических атаках, возникающих словно гром среди ясного неба, изначально подвергающиеся ошибочной интерпретации ощущения связаны с различными эмоциональными состояниями (часто гнев или перевозбуждение), или, такими безобидными событиями, как физические упражнения (одышка, сердцебиение), чрезмерное употребление кофе (сердцебиение) или быстрый переход из вертикального положения в горизонтальное (головокружение). При таких атаках пациенты часто затрудняются установить границы между запускающими процесс телесными ощущениями и следующей за ними панической атакой, поэтому воспринимают атаку как возникающую без причины, словно гром среди ясного неба. Это логично, принимая во внимание то, как пациенты воспринимают смысл атаки. Так, маловероятно, что пациент, убежденный в наличии у него сердечной патологии, будет отличать учащенное сердцебиение, запускающее паническую атаку от самой атаки. Действительно, он скорее всего расценит оба явления как части единого процесса — сердечного приступа или его угрозы.

Применяя когнитивную модель к конкретным пациентам, важно понимать различия между впервые возникшей панической атакой, последующим их повторением и паническим расстройством. По данным опроса населения (Brown & Cash, 1990; Norton, Dorward & Cox, 1986; Wilson et al., 1991), до 28% общей популяции в течение жизни испытывают спорадическую, внезапную паническую атаку. Представляется маловероятным существование единого объяснения этим сравнительно одинаковым, но случайным спонтанным эпизодам. Стрессовые события, гормональные изменения, заболевания, кофеин, лекарственные препараты и разнообразие преходящих патологических состояний — все это может вызывать эпизодические, субъективно спонтанные изменения. Однако, согласно когнитивной модели, менее распространенное состояние повторяющихся панических атак и паническое расстройство (приблизительно 3-5% от общей популяции; Wittchen & Essau, 1991; Kessler et al. 1994) развиваются у лиц со сформировавшейся тенденцией интерпретировать эти вегетативные явления катастрофическим образом. Такая тенденция может развиться вследствие научения при наличии соответствующего опыта, который предшествовал первой атаке (напр., наблюдение за паникующим родителем или формирование связанного с темой здоровья поведения; Ehlers, 1993) или может усиливаться в результате того, как пациент, врачи или значимые другие ведут себя во время первой панической атаки (напр., выражение кем-то страха или другое поведение, указывающее на потенциально опасное состояние).

В исследованиях пациентов с паническим расстройством (см. обзор Clark, 1996) было подтверждено основанное на когнитивной модели предположение о том, что повторные панические атаки возникают, потому что пациенты имеют ошибочные убеждения об определенных телесных ощущениях. Исходя из этого, мы должны задаться вопросом, что же поддерживает эти негативные убеждения? Seligman (1988) обратил внимание на то, что многие пациенты с паническим расстройством устойчивы в поддержании своих ошибочных убеждений относительно телесных ощущений, несмотря на наличие большого опыта, казалось бы противоречащего их представлениям, основанным на страхе. Например, пациенты обеспокоенные возможностью возникновения во время панической атаки сердечного приступа, могут продолжать быть убежденными в этом, несмотря на тысячи не приведших к смерти атак в прошлом и повторные поступления в приемный покой где им сообщалось о том, что с их сердцем все в порядке.

Диагностика

В диагностическом процессе используются струкутрированные и полуструктурированные интервью и клинико-психологический и психометрический метод с использованием большого количества тестов, опросников и шкал: Шкала тревоги Гамильтона (The Hamilton Anxiety Rating Scale, сокр. HARS), Шкала тревоги Бека (The Beck Anxiety Inventory – BAI), Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90- Revised – SCL-90-R), Шкала тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory – STAI), Интегративный тест тревожности (ИТТ - это оригинальная клиническая тестовая методика, созданная в 2005 году в НИПНИ им. Бехтерева А.П. Бизюком, Л.И. Вассерманом, Б.В. Иовлевым), Методика «Я-структурный тест» Г. Аммона (ISTA), И. Бурбиль (2003), Методика для определения уровня субъективного контроля личности (УСК), Опросник для исследования личностных убеждений «Personal Beliefs Test» (Kassinove H., Berger A., 1984), Многомерная шкала перфекционизма (Multidimensional perfectionism scale – MPS), Методика Индекс жизненного стиля" (Life style index), Методика E.Heim (1988) для определения характера копинг-поведения, Методика совладающего поведения (COPE), Мельбурнский опросник принятия решений (Melbourne decision making questionnaire, – MDMQ), Опросник для исследования межличностных проблем (Inventory of Interpersonal Problems (IIP), Шкала тревоги Шихана (ShARS) и др.

В целом используются экспериментально-психологический подход и психофоизиологический метод (нейрофизиологические исследования), нейровизуалиционные методы – как структурные (анатомические – компьтерная томография и ядерно-магнитино-резонансная томография), диффузно-тензорная визуализация (фракционная анизотропия) и и функциональные – Позитронно-Эмиссионная Томография, фМРТ), выявление специфических биомаркеров (глюкоза, кортизон, гидрокортизон, хлориды, гонадотропин высвобождающий гормон, 17-гидроксикортикостерона, гомоцистеина, концентрация тромбоцитарного серотонина и т.д.)

Существуют ряд опросников самоотчета, позволяющих выявлять связанные с паникой мысли и поведение. Mobility Inventory (Chambless, Caputo, Gracely, Jasin & Williams, 1985) предоставляет широкую оценку агорофобического избегания. Опросник агорафобических когниций (Agoraphobic Cognitions Questionnaire) (Chambless, Caputo, Bright & Gallagher’s (1984)) позволяет оценить частоту связанных с паникой мыслей. Для выявления связанных с паникой охранительных видов поведения, Д. Кларком и П Салковскисом был разработан Опросник Охранительного поведения (Safety Seeking Behaviours Questionnaire).

Для отслеживания прогресса, с целью определения работает ли конкретная стратегия лечения или требуется ее модификация используется три наиболее распространенных процедуры мониторинга:

1. Опросники для самоотчета. Еженедельная сводная шкала панического расстройства (Clark et al, 1994), которая оценивает частоту и тяжесть паники. Опросник Агорафобических когниций (Chambless et al. 1984) оценивает частоту и достоверность распространенных мыслей, связанных с паникой. Шкала тревоги Бека (BAI; Beck & Steer, 1993) и Шкала депрессии Бека (BDI; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) являются полезными общими показателями тревожного и подавленного настроения, соответственно. Шкала мобильности (Chambless, Caputo, Gracely, Jasin & Williams, 1985) и Опросник охранительного поведения могут быть даны до, в середине и после лечения, для оценки изменений избегающего и охранительного поведения соответственно.

2. Дневник паники. Ежедневный дневник панических атак особенно полезен для выявления панических триггеров, ощущений и мыслей, а также для помощи пациентам отвечать на их мысли, связанные с паникой во время приступа.

3. Внутрисессионные рейтинги убеждений.

Терапия

В терапии панического расстройства наиболее часто используемым методом психотерапии (когнитивно-поведенческой терапии) является экспозиция. Принцип этой техники – «оставайся там», призванный противостоять паниическому избеганию. Есть целый ряд вариаций экспозиции:

In vivo exposure – Экспозиция в реальности

In vitro/imaginal exposure – Экспозиция в представлении

Virtual Reality (VR) exposure – Экспозиция с использованием виртуальной реальности

Cue exposure – Сигнальная Экспозиция

Interoceptive exposure – Интероцептивная экспозиция

Written exposure – Письменная экспозиция

Narrative exposure therapy – Нарративная экспозиционная терапия

Gradual or flooding – Градуированное угашение

With or without rescripting – с или без рескриптинга

Интероцептивная экспозиция. В терапии тревожно-фобических расстройств проработка предубеждений клиентов нередко требует наглядной демонстрации несостоятельности их ожиданий. В отношении фиксации пациентов на телесных ощущениях и катастрофических ожиданий эффективно работает техника Интероцептивной Экспозиции.

Джон Абрамовиц рассматривает экспозицию как хороший способ проверить ложные ожидания, присутствующее при различных тревожных расстройствах, в частности, что неприятные ощущения невыносимы. Вызывая чувство страха и ощущения его сопровождающие, тревожные клиенты могут получить большую переносимость дистресса. Они могут опровергнуть неверные представления об ощущениях. И они могут снизить свою гиперчувствительность к ощущениям дискомфорта.

Вот список способов, чтобы вызвать дискомфортные ощущения, которые вызывают опасения тревожных клиентов:

- Головокружение, головная боль: трясти головой из стороны в сторону (30 секунд, 2 оборота в секунду, с открытыми глазами)

- Спазмы в горле, одышка, сухость во рту: быстро глотать (10 раз)

- Стеснение в груди, одышка, приливы жара: выдыхание "через соломинку" (30 секунд, как можно глубже)

- Дереализация, головокружение: гипервентиляции (60 секунд, стоя)

- Дезориентация, тошнота: поместите голову между ног (30 секунд)

- Сердцебиение, ощущение жара: бег на месте (60 секунд)

- Легкое головокружение и небольшой дискомфорт в голове: задержите дыхание (60 секунд)

- Головокружение: вертеться вокруг своей оси (30 секунд).

Цель: Преодолеть избегание, не уменьшать беспокойство, а терпеть беспокойство и разрабатывать более гибкие ответные меры.

Ингибиционное обучение: Экспозиция опровергает ожидаемые результаты и дает новый опыт, который создает новые убеждения и образы. Старые убеждения о пугающем исходе не стираются, но закладывается новый опыт.

В терапии используется большое количество когнитивных техник направленных на когнитивную реструктуризацию и реатрибуцию, а также такие поведенческие техники как наводнение, десенсибилизация, принятие, майндфулнес и другие.

**Литература**

1. Бек Дж. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям – СПб.: Питер, 2018. – 416 с.
2. Кларк Д. А., Бек А. Т. Тревога и беспокойство. Когнитивно-поведенческий подход – Мск: Вильямс, 2018. – 448 с.
3. Кларк Д. М., Салковскис П. М. Паническое расстройство. – Мск.: АКБT, 2020 – 93 с.
4. Ковпак Д.В. Страх … Тревога … Фобия Вы можете с ними справиться! Практическое руководство психотерапевта. – СПб: Наука и Техника, 2018. – 368 с.
5. Лихи Р. Техники когнитивной психотерапии. – СПб.: Питер, 2019. – 656 с.
6. Лихи Р. Свобода от тревоги. – СПб.: Питер, 2017. – 400 с.
7. МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии / пер. с англ. Т.Саушкиной. – СПб.: Речь, 2001. – 560 с.
8. Ромек В.Г. Поведенческая психотерапия. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 192 с.
9. Федоров А.П. Когнитивно-поведенческая психотерапия. - СПб.: Питер, 2002. – 352 с.
10. Beck, A. T., & Emery, G. (1985). Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. New York: Basic Books.
11. Beck, A. T., & Haigh, E. A. P. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. Annual Review of Clinical Psychology, 10, 1–24.
12. Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). Manual for the Beck Anxiety Inventory. San Antonio, TX: Psychological Corp.
13. Beck, J. S. (2011). Cognitive behavior therapy: Basics and beyond (2nd ed.). New York: Guilford Press.
14. Brown, G. P., & Clark, D. A. (Eds.). (2015). Assessment in cognitive therapy. New York: Guilford Press.
15. Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2014). Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5 (ADIS-5)—Adult and Lifetime Version. New York: Oxford University Press.
16. Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Middleton, H., Anastasiades, P., & Gelder, M. (1994). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. British Journal of Psychiatry, 164, 759–769.
17. Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., & Zbozinek, T. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. Behaviour Research and Therapy, 58, 10–23.
18. Dobson, K. S., & Dobson, D. J. G. (2006) Empirically supported treatments: Recent developments in the cognitive-behavioural therapies, and implications for evidence-based psychotherapy. In D. Loewenthal & D. Winter (Eds.), What is psychotherapeutic research? (pp. 259–276). London: Karnac Books.
19. Dobson, K. S., & Dozois, D. J. A. (2010). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In K. S. Dobson (Ed.), Handbook of cognitive-behavioral therapies (3rd ed., pp. 30–38). New York: Guilford Press.
20. Greenberger, D., & Padesky, C. A. (2015). Mind over mood: Change how you feel by changing the way you think (2nd ed.) New York: Guilford Press.
21. Hanrahan, F., Field, A. P., Jones, F. W., & Davey, G. C. L. (2013). A meta-analysis of cognitive therapy for worry in generalized anxiety disorder. Clinical Psychology Review, 33, 120–132.
22. Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78, 169–183.
23. Hollon, S. D., Stewart, M., & Strunk, D. (2006). Enduring effects of cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. Annual Review of Psychology, 57, 285–315.
24. Kabat-Zinn, J. (2013). Full catastrophe living: How to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation (2nd ed.). London: Piatkus Books.
25. Marks, I., & Mathews, A. (1979). Brief standard self-rating scale for phobic patients. Behaviour Research and Therapy, 17, 263–267.
26. Salkovskis, P., Clark, D., & Gelder, M. (1996). Cognition-behaviour links in the persistence of panic. Behaviour Research and Therapy, 34, 453–458.
27. Spielberger, C., Gorsuch, R., Lushene, R., Vagg, P., & Jacobs, G. (1983). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
28. Wells, A. (2009). Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: Guilford Press.