

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России)
Клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

ПСИХОТЕРАПИЯ ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Выполнила: ординатор 2-го года специальности Психотерапия
Минкевич Н.Р.

Преподаватель: КМН, Малюткина Е.П.

Красноярск, 2024

Актуальность

Актуальность исследования обусловлена широкой распространенностью страхов, особенно в современном мире. Обилие информации из различных источников, часто негативного характера, увеличивает вероятность возникновения негативных реакций у человека. Страх, овладевая человеческим сознанием, оказывает существенное влияние не только на жизнь общества, но и на ход исторического процесса в целом. Он определяет хронологию поведения индивидов в обществе, представляет собой неотъемлемый компонент ментальности любой нации, то есть является постоянной составляющей социальной жизни. Исследование страха, как психологического феномена особенно актуально для российского общества, переживающего глубокие социальные изменения, обостряющие проблему социальной незащищенности индивида и ее подверженности. Актуальность темы исследования определяется целым рядом факторов. Во-первых, жизнь человека в современном мире становится все более подверженной фобическим расстройствам. Экспоненциальный рост людей с фобическим расстройством связан, в первую очередь с научно-техническим прогрессом, постоянным развитием и изменениям окружающего мира: экономики, политики, социума.

Во-вторых, фобическая болезнь в общественном сознании становится настолько активной, что приобретает характер «пандемии». А должен ли страх присутствовать в формировании социального общества? Вопрос об этом является одним из самых актуальных во всех сферах жизни человека, а именно: общественнополитической, в социально-экономической, в культурной и индивидуальностной. По мнению, С. Кьеркегора, всю жизнь человека сопровождает страх, выступая основополагающей составляющей энергетического поведения, устанавливая содержание личности на протяжении его жизненного пути. Фобия — эмоция, возникающая в ситуациях угрозы биологическому или социальному существованию индивида и направленная на источник действительной или воображаемой опасности.

Введение

Изолированные фобии воспринимаются как часть его сущности и не приводят к дезадаптации. К ним примыкают фобии природных катаклизмов, техногенных аварий и других катастрофических событий, не затрагивающих непосредственно пациента. Они имеют социогенную природу, воспринимаются как нечто абстрактное. Они изменчивы по фабуле, редко сопровождаются избегающим поведением. При фобиях, развивающихся по реактивно-невротическому механизму, стрессорная ситуация, как правило, касается непосредственно самого человека, страдающим данным расстройством. Значимую роль в их формировании играет личностная структура, а именно - выраженность сенситивного радикала, повышенная впечатлительность, неуверенность в себе, склонность к тревожным ожиданиям.

Основная часть

Тревожно-фобические расстройства (ТФР) – группа расстройств, в клинической картине которых преобладает опредеченная тревога, страх определенных ситуаций или объектов (внешних по отношению к субъекту), не представляющих реальной опасности. В результате больной старается избегать таких ситуаций, или вынужден, оказавшись в них преодолевать чувство страха. Как правило, переживая страх в провоцирующей обстановке, ситуации, пациенты пытаются сопротивляться ему, ослаблять его интенсивность, искать способы борьбы с ним, используя различные приемы и отвлечения.

Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)

F40 – Тревожно-фобические расстройства

F40.0 – Агорафобия

.00 – без панического расстройства

.01 – с паническим расстройством

F40.1 – Социальные фобии 9

F40.2 – Специфические (изолированные) фобии

F40.8 – Другие тревожно-фобические расстройства

F40.8 – Фобическое тревожное расстройство неуточненное

Классификация тревожно-фобических расстройств

1. Агорафобия

2. Социальные фобии

3. Специфические фобии

1) Животных (например, страх насекомых, собак)

2) Естественных природных сил (например, страх ураганов, воды)

3) Крови, инъекций, травм (например, игл, медицинских процедур)

4) Ситуаций (например, страх самолетов, лифтов, помещений)

5) Другой тип фобий

В клинической картине ТФР преобладает боязнь определенных ситуаций или объектов (внешних по отношению к субъекту), не представляющих реальной опасности. В

результате больной избегает таких ситуаций или переносит их, преодолевая чувство страха.

Фобическая тревога:

- физиологически и поведенчески не отличается от других типов тревоги;
- может отличаться по интенсивности от легкого дискомфорта до ужаса;
- не уменьшается от сознания того, что другие люди не считают данную ситуацию столь опасной или угрожающей;
- даже представление о попадании в фобическую ситуацию обычно вызывает антиципационную тревогу.

К наиболее частым типам тревожно-фобических расстройств относят агорофобию. Это довольно хорошо очерченная группа фобий, включающая боязнь остаться без какойлибо помощи вне дома, в толпе, общественных местах, в одиночестве, при переездах, в транспорте, метро, поездах, автобусе, самолете, на мостах и др. Несмотря на то, что интенсивность тревоги и выраженность избегающего поведения различны, это наиболее дезадаптирующее из фобических расстройств, приковывающих некоторых пациентов к дому, поскольку они подчас не могут выходить на улицу из-за страхов. В некоторых случаях им это удается в сопровождении близких, которых они считают надежными в ситуации, когда может понадобиться помощь. У лиц с преобладанием истероидного радикала в личностной организации симптоматика может носить демонстративный, манипулятивный характер, заставляя окружающих выполнять желания и капризы пациента. При агорофобии тревога ограничена следующими ситуациями: толпа, общественные места, передвижения вне дома, путешествие в одиночестве. Избегание фобических ситуаций значительно выражено, вплоть до полного отказа. Пациент в полной мере осознает содержание своего страха, попытки пересилить себя обычно или не дают результата или переносятся с большим дискомфортом. В некоторых случаях пациент выбирает компромиссное поведение, например, при необходимости передвижения выбирает не общественный транспорт, а такси, при страхе общественных мест стремится покупать продукты не в больших супермаркетах, а в маленьких магазинах. Другой частой формой тревожно-фобического расстройства являются социальные фобии, представляющие одну из форм нарушения межперсонального взаимодействия. Страх внимания, негативной оценки со стороны других людей в большинстве случаев носит иррациональный характер и формируется часто в подростковом возрасте, когда негативная обратная связь и комментарии со стороны окружающих воспринимаются особенно остро. Пациент боится в случае попадания в центр внимания негативной реакции со стороны окружающих и фиксирован на этом. Даже в ситуациях, когда другие

люди объективно не обращают на него внимание, ему кажется, что взгляды прикованы к нему и оценка его поведения или внешности исключительно негативная, презрительная или насмешливая. Данное расстройство одинаково часто возникает у мужчин и у женщин. Кроме страха оказаться просто в центре внимания нередко встречается страх повести себя не так, не справиться с заданием, совершить смешной или глупый поступок, сказать нелепость, быть осмеянным. На фоне тревожных переживаний возникают вегетативные симптомы, которые еще больше усугубляют состояние пациента. Частыми симптомами являются покраснение лица (что может формировать специфический страх покраснения на публике – эрептофобию), шеи, дрожание рук, голоса, потливость, ощущение дурноты, головокружение. Пациенту кажется, что окружающие в подробностях замечают и негативно оценивают все его сомато-вегетативные проявления тревоги и это усиливает беспокойство, возникает замкнутый круг. Среди симптомов также отмечается урчание в животе, тошнота, страх рвоты, позывы или страх мочеиспускания или дефекации. Страх может быть изолированным (например, только страх приема пищи в присутствии других людей, публичных выступлений, встреч с определенным кругом знакомых) или генерализованным, включающим почти все социальные ситуации вне семейного круга. Очевидно, что в таком случае возникает существенное нарушение социального функционирования, мешающие строить личные отношения, общаться, учиться, заниматься профессиональной деятельностью. При самых выраженных проявлениях формируется социальная изоляция. Появление симптомов тревоги возникает только или по преимуществу в ситуациях, вызывающих страх, или при мыслях о них. Перед триггерной ситуацией, социальным взаимодействием пациенты с социальной фобией представляют в деталях все то, что им кажется может произойти. Вслед за этим возникает тревога, их сознание переполняется образами прошлых неудач, негативными представлениями о себе, предчувствиями о возможных провалах и отвержениях. Подобные размышления приводят к избеганию ситуации межперсонального взаимодействия. Если же социальное событие все же произошло, пациенты с социальной фобией анализируют его малейшие детали, акцентируясь на тех, которые подтверждают негативную схему, таким образом, событие всегда воспринимается более негативно, чем оно было на самом деле. Обычно формированию социальной фобии предшествует низкий уровень социальных навыков, заниженная самооценка и боязнь критики. В анамнезе у таких пациентов нередко можно встретить неудачный опыт взаимоотношений в школьном коллективе, отвержение сверстниками, издевки со стороны педагогов. В родительских семьях также отношение к ребенку способствует формированию заниженных представлений о себе.

В качестве третьей большой группы тревожно-фобических расстройств выделяют специфические (изолированные) фобии – психопатологическое расстройство, характеризующиеся наличием страха относительно определенного объекта или действия. Часто страх ассоциирован с конкретным объектом, являвшимся причиной реальной или воображаемой опасности в прошлом. Роль пускового механизма при специфической фобии выполняет изолированная ситуация, попадание в нее может вызвать ужас, панику, как при агорофобии или социальной фобии. В момент страха отмечаются яркие вегетативные проявления. Соответственно формируется выраженное избегание таких ситуаций. Необходимо отметить, что страх носит иррациональный характер и не соответствует реальной опасности объекта или ситуации. Определяется значительное эмоциональное беспокойство из-за симптомов или из-за стремления избежать ситуаций, при этом присутствует критика, понимание, что фобические переживания чрезмерны или необоснованны. Страх фобических объектов не обнаруживает тенденции к колебаниям интенсивности, в противоположность агорофобии. Объекты страха иногда появляются в тревожных, кошмарных сновидениях. Выделяют страх объекта (например, животного, насекомого) и страх определенной ситуации (например, высоты, грома, темноты, закрытого пространства, рвоты, мочеиспускания или дефекации, употребления определенных пищевых продуктов, лечения зубов, вида крови или травмы) с необходимостью их избегать. К этой же диагностической категории относятся и нозофобии – страх заболеть, чаще всего это лучевая болезнь, онкологическое заболевание, венерические инфекции, остановка сердца, синдром приобретенного иммунодефицита, гепатит С и другие. Специфические (изолированные) фобии чаще возникают в детстве или юношеском возрасте и могут существовать десятилетиями. Снижение адаптации зависит от того насколько легко больной может избегать фобической ситуации. Для достоверного диагноза необходимо убедиться, что психологические или вегетативные симптомы являются первичными проявлениями тревоги, а не вторичными по отношению к другим симптомами, таким как бред или навязчивые мысли; тревога должна ограничиваться определенным объектом или ситуацией; фобическая ситуация избегается, когда только это возможно. Принятие критерия, что фобический объект или ситуация являются внешними по отношению к субъекту, подразумевает, что многие страхи наличия какого-либо заболевания (нозофобия) или уродства (дисморфофобия) теперь классифицируются в рубрике F45.2 (ипохондрическое расстройство). Однако, если страх заболевания возникает и повторяется, главным образом, при возможном соприкосновении с инфекцией или загрязнении или является просто страхом медицинских процедур (инъекций, операций и т.д.), либо медицинских учреждений (стоматологических

кабинетов, больниц и т.д.), в этом случае подходящей будет рубрика F40.0 (обычно – F40.2, специфические (изолированные) фобии).

К тревожно-фобическим расстройствам в качестве коморбидных нарушений часто присоединяются панические расстройства, депрессивные расстройства, нарушения 13 пищевого поведения, обсессивно-компульсивные расстройства, алкогольная зависимость и зависимость от седативных препаратов, суицидальное поведение.

Психотерапия тревожно-фобических расстройств

Психотерапия является доказанным эффективным методом лечения невротических расстройств, в.ч. и тревожно-фобических расстройств. В ряде исследований показана большая эффективность психотерапии при агорофобии, социальной фобии и специфических (изолированных) фобиях. Надо отметить, что в целом психофармакотерапия дает более быстрое улучшение состояния и требует меньше усилий пациента, временных и экономических затрат, но симптоматика может возобновляться при отмене медикаментов. Психотерапия, в особенности если психологические механизмы формирования и поддержания тревожно-фобических расстройств играют существенную роль, дает более качественный эффект и более стойкую ремиссию. Учитывая ведущую роль психологических факторов в развитии ТФР психотерапия имеет приоритетное значение для их лечения по сравнению с психофармакотерапией. В ряде случаев оптимальным является сочетание психофармакотерапии и психотерапии, поскольку это в максимальной степени соответствует современной биопсихосоциальной концепции формирования психических расстройств и позволяет реализовать принципы персонализированной медицины, повысить эффективность терапевтических вмешательств. Имеются доказательные исследования в отношении ряда методов психотерапии. Для некоторых тревожно-фобических расстройств психотерапия имеет большую эффективность по сравнению с психофармакотерапией. Однако необходимо помнить, что дизайн доказательных исследований в психотерапии достаточно сложен и клиническая практика по многим параметрам отличается от научного эксперимента. Большое количество источников, показывающих эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии, связано скорее с возможностью в рамках научных исследований воспроизводить определенные техники, а не с безусловным приоритетом этого метода для пациентов с паническим расстройством. Другие методы психотерапии, имеющие на сегодняшний день меньшую доказательную базу, могут быть не менее, а возможно в определенных случаях более эффективными, чем когнитивно-поведенческая

психотерапия. В лечении тревожно-фобических расстройств доказали свою эффективность методы, использующие технологии виртуальной реальности для создания экспозиции и формирования толерантности к фобическим стимулам.

Противопоказания к психотерапевтическому лечению:

- 1) пациенты со страхом перед самораскрытием и преобладанием отрицания в комплексе используемых механизмов психологической защиты;
- 2) пациенты с недостаточной мотивацией к изменениям и очевидной вторичной выгодой от болезни;
- 3) пациенты с низкой интерперсональной сенситивностью;
- 4) пациенты, которые не смогут регулярно посещать сеансы психотерапии;
- 5) пациенты, которые не будут участвовать в процессе активной вербализации и слушания в индивидуальной и групповой психотерапии;
- 6) пациенты, чьи характерологические особенности не позволят им конструктивно работать в индивидуальной и групповой психотерапии и извлекать из этой работы пользу (которые постоянно отыгрывают свои эмоции вовне в качестве защитной реакции, а не наблюдают за своим психологическим состоянием; или пациенты с серьезным негативизмом или ригидностью).

В лечении пациентов с ТФР рекомендовано использовать различные виды психотерапии в комбинации с психофармакотерапией с целью более эффективного и стойкого снижения тревоги, интенсивности фобических переживаний, научению релаксации, коррекции иррациональных установок, осознания глубинных механизмов и противоречий, преодоления ограничительного поведения.

Когнитивная модель фобий. При фобиях имеется предчувствие физического или психологического ущерба в специфических ситуациях. Если пациент в состоянии избежать подобной ситуации, он не ощутит угрозы и сохранит спокойствие. Если же он попадет в такую ситуацию, то почувствует субъективные и физиологические симптомы тревоги. Страх перед отдельными ситуациями основан на преувеличенном представлении пациента об особых пагубных свойствах этих ситуаций (например, страх высоты, страх собак). При оценочных фобиях имеется страх неудачи в социальных ситуациях. Поведенческие и физиологические реакции на потенциальную «опасность» (отвержение, недооценка, неудача) могут мешать функционированию пациента до такой степени, что могут вызывать как раз то, чего он боится. В качестве техник когнитивно-поведенческой психотерапии используются когнитивное реструктурирование – проводятся вмешательства по коррекции ошибочных представлений и интерпретаций телесных ощущений. Может дополняться экспозицией *in vivo* для получения дополнительной

информации, которая будет опровергать ошибочные суждения; интероцептивная экспозиция – повышение толерантности к внутренним неприятным ощущениям, которые возникают у пациента во время фобического приступа; экспозиция *in vivo* – проведение повторных приближенных к условиям реальности поведенческих тренировок для получения дополнительной информации, которая будет опровергать ошибочные суждения; привлечение/отвлечение внимания – внимание пациента при экспозиции может полностью сосредотачиваться на фобических переживаниях, когда пациент полностью сосредотачивается на своих ощущениях и мыслях, напоминает себе о необходимости не отвлекаться и др. Хорошо зарекомендовала себя техника проведения поведенческих экспериментов, основанная на парадоксальной интервенции, когда условие поведенческого задания предписывает пациенту постараться привлечь внимание окружающих своим нелепым, смешным поведением, к примеру, громко петь на улице, или обратиться к продавцу с неуместным вопросом. Экспозиция в реальных условиях не всегда повышает эффективность лечения, но может быть полезна для тестирования поведения в реальности и повышения приверженности лечению. Современными вариантами экспозиции является активное использование возможностей виртуальной реальности для ее проведения, к примеру, специальных очков. КПТ может проводиться как в индивидуальной, так и в групповых формах. Развитие технических возможностей способствовали разработке методик, использующих виртуальную реальность, интернет технологии, мобильные приложения. Есть исследования подтверждающие, эффективность экспозиции в виртуальной реальности при ТФР. Имеются данные, что использование КПТ дистанционно не снижает в значительной степени ее эффективности и в дальнейшем можно использовать данную технологию.

Пациентам с ТФР рекомендуется с целью снижения уровня тревожности, снижения интенсивности фобических переживаний, преодоления социальной тревожности, преодоления ограничительного поведения проведение тренингов и экспозиционной терапии с использованием виртуальной реальности – 15- сеансов по 2 сеанса в неделю.

Список используемой литературы

1. Психиатрия. Национальное руководство / под ред. Ю. А. Александровского, Н. Г. Незнанова. – 2-у изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 1008 с.
2. Бек Д.. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям./Бек Д. Вид. - СПб.: Питер, 2023.

3. Мартынихин И. А. Гендерные различия эпидемиологии и патогенеза депрессивных и тревожных расстройств в контексте их влияния на эффективность терапии сертралином (Золофтом). / И. А. Мартынихин // Психиатрия и психофармакотерапия: журнал им. П.Б. Ганнушкина. – 2019. – № 3. – С. 52–58.

4. Караваева Т. А. Принципы и алгоритмы психотерапии тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств) / Т. А. Караваева, А. В. Васильева, С. В. Полторац // Обзрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2016. – № 4. – С. 42–51

5. Эльзесер А. С. Эффективность краткосрочной психотерапии депрессивных и тревожных расстройств / А. С. Эльзесер, Р. В. Кадыров, Е. В. Маркелова // Вестник Кемеровского государственного университета. – 2018. – № 2 (74). – С. 122–130.