

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)

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Рецензия д.пс.н, зав. кафедрой клинической психологии и психотерапии с курсом ПО,  
проф. Логиновой Ирины Олеговны на реферат ординатора первого года обучения по  
специальности «Психотерапия», Стаценко Ксении Романовны по теме: «Понятие  
тревожных состояний, типы тревожных расстройств: панические реакции, фобии,  
генерализованная тревожность»

Основные оценочные критерии:

Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	+
3. Соответствие текста реферата его теме	+
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8. Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента:

Дата:

16.06.201

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

## **РЕФЕРАТ**

**Понятие тревожных состояний, типы тревожных расстройств:  
панические реакции, фобии, генерализованная тревожность.**

Выполнила: Ординатор 1 года

Стаценко Ксения Романовна

Красноярск 2020

## **Содержание:**

1. Понятие тревожных состояний
2. Понятие и теории возникновения тревожных расстройств
3. Типы тревожных расстройств
4. Клиническая характеристика тревожных расстройств
5. Паническое расстройство
6. Фобическое тревожное расстройство
7. Генерализованное тревожное расстройство
8. Литература

## Понятие тревожных состояний

Тревога - это сигнал об угрожающих изменениях в организме или внешнем мире, и в связи с этим она играет приспособительную роль; однако если она выражена чрезмерно, то, напротив, мешает нормальной жизнедеятельности. Представляет собой чувство напряжения, ожидания, дискомфорта, сопровождающееся некоторыми типичными объективными признаками (учащенное дыхание, мышечное напряжение, дрожь и т. п.). Наиболее знакомо всем состояние, возникающее при появлении опасности и проявляющееся потливостью ладоней, нервной дрожью, сердцебиением. К распространенным проявлениям тревожных состояний относятся также навязчивые образы, мысли и воспоминания, кошмары, постоянная настороженность, нарушенное осознание себя или окружения (деперсонализация, дереализация).

Типичные реакции на опасность - это реакции типа борьбы и бегства. Последние довольно разнообразны и включают не только реакции избегания (стремление не попасть в угрожающую ситуацию) и убегания (стремление выйти из угрожающей ситуации без борьбы с самой опасностью), но и другие, менее распространенные и хуже изученные. К ним относятся оцепенение и самообман. Как у животных, так и у людей они могут быть чисто внешними, однако у человека чаще принимают характер психологической защиты. В этом случае они проявляются различными формами искажения действительности, вытеснением, смещением и даже диссоциативными расстройствами; последние чаще развиваются, когда человек чувствует себя бессильным перед угрозой или она исходит от кого-то из близких.

Тревогу, возникающую при реальной внешней опасности, следует отличать от естественного страха. Тревогой в этом случае называют преувеличенную реакцию, не соответствующую степени угрозы. Кроме того, тревога развивается, когда источник опасности неясен или неизвестен. Примером может быть тревога, возникающая в ответ на условный раздражитель, связь которого с самой опасностью (с безусловным раздражителем) вытеснена или забыта. Тревога развивается также, когда человек чувствует себя беспомощным перед лицом опасности.

Тревога бывает ситуационной и эндогенной, приступообразной или непрерывной, чаще всего - кратковременной. Когда она становится настолько выраженной, что начинает мешать жизнедеятельности, ставится диагноз тревожного расстройства.

На основании клинической практики, результатов клинических испытаний и эпидемиологических данных стали различать тревогу как реакцию или временное состояние и постоянную тревожность как особенность личности или проявление психического расстройства. Это позволило разработать диагностические критерии тревожных расстройств, исследовать их распространенность, клиническую картину и социальную значимость.

## Понятие и теории возникновения тревожных расстройств

Тревожные расстройства - группа невротических расстройств с преобладанием в клинической картине иррациональных и необоснованных тревожных состояний, сопровождающихся разнообразными соматическими симптомами и социально-трудовой дезадаптацией. Пациенты осознают иррациональность и необоснованность своих переживаний (для детей осознание нехарактерно). Среди тревожных расстройств выделяют: паническое, фобическое, обсессивно-компульсивное, посттравматическое стрессовое расстройство.

Существует много психологических и биологических теорий, объясняющих причины тревожных расстройств.

Психоаналитическая теория. Рассматривает тревогу как сигнал появления неприемлемой, запретной потребности, или импульса (агрессивного либо сексуального), которые побуждают индивида бессознательно предотвращать их выражение. Симптомы тревоги рассматриваются как неполное сдерживание («вытеснение») неприемлемой потребности. Изначально З. Фрейд рассматривал тревогу как однозначно негативное, патологическое явление, являющееся следствием невротической блокировки разрядки энергии либидо. Однако впоследствии «...он пересмотрел свою теорию и пришел к выводу: тревога является функцией эго и назначение ее состоит в том, чтобы предупреждать человека о надвигающейся угрозе, которую надо встретить или избежать. Тревога как таковая дает возможность личности реагировать в угрожающих ситуациях адекватным способом»

Инфантильная зависимость и беспомощность. В самых ранних работах Фрейда содержатся ясные указания на важность ранних объектных отношений, значимость которых определяется беспомощностью и физиологической зависимостью, характерными для ранних периодов жизни ребенка. Существует несколько упоминаний о проявляющемся с самого рождения стремлении ребенка найти среди окружающих людей того (обычно это мать), кто предоставит возможность освобождения от напряжения, вызываемого внутренними физическими и психическими потребностями. Взаимодействие потребности освободиться от напряжения и реальной возможности для этого Фрейд называет «опытом удовлетворения». Следствием отсутствия соответствующих действий, направленных на удовлетворение возникшей у ребенка потребности - например, в кормлении, - будут нарушения в развитии его физических и психических функций, обусловленные незрелостью и состояниями беспомощности.

Страх сепарации (разлуки) как источник тревоги у ребенка. В 1905 году Фрейд напрямую связал приступы тревоги у ребенка с переживанием отсутствия любимого человека: «Происхождение тревоги у детей связано ни с чем иным, как с выражением переживания чувства утраты человека, которого они любят» (Freud, 1905d, p. 224). Опираясь на наблюдения за трехлетним мальчиком, который боялся темноты, Фрейд сформировал свою точку зрения и сделал заключение: «На самом деле он боялся не темноты, а

отсутствия кого-то любимого; он был уверен, что будет утешен, как только убедится в присутствии этого человека»

Экзистенциальная психология. В рамках экзистенциальной психологии исследования в этой области ведут отсчет от работ Сьерена Кьеркегора. Концепция Кьеркегора заключается в том, что неосознанная, экзистенциальная тревога является скрытой от человеческого сознания борьбой с небытием.

Бихевиоризм. С позиций бихевиоризма, тревога и, в частности, фобии первоначально возникают как условно-рефлекторная реакция на болезненные или устрашающие стимулы. В дальнейшем тревожная реакция может возникать и без стимула.

Когнитивная психология. Позднее появившаяся когнитивная психология делает акцент на ошибочных и искаженных мыслительных образах, предшествующих появлению симптомов тревоги. Например, пациент с паническим расстройством может преувеличенно реагировать на нормальные телесные ощущения (такие, как легкое головокружение или сердцебиение), что ведет к усилению страха и тревоги, нарастающих до панического приступа.

Биологические теории. Биологические теории рассматривают тревожные расстройства как следствие биологических аномалий, связывая их, в частности, с заметным увеличением продукции нейромедиаторов.

Социокультурная теория личности К.Хорни. К. Хорни использовала термин тревожность (тревога) в качестве синонима термина «страх», указывая таким образом на родство между ними. Позднее она развела эти два понятия по простому и точному различительному признаку: «страх является реакцией, пропорциональной наличной опасности, в то время как тревога является несоразмерной реакцией на опасность или даже реакцией на воображаемую опасность». Итак, под тревожностью К. Хорни понимала эмоциональную реакцию на скрытую и субъективную опасность, сопровождающуюся определенными физическими ощущениями (дрожь, учащенное дыхание и т. д.).

## **Типы тревожных расстройств**

Существующие классификации тревожных расстройств предполагают формирование самостоятельных рубрик, основанных на понимании тревоги не как синдрома, а как отдельной диагностической единицы. Тревога и тревожных расстройств рассматриваются в двух наиболее широко используемых диагностических системах — МКБ-10 и американской DSM-IV-TR.

В МКБ-10 не используется традиционная дифференциация между невротами и психозами, которая была использована в МКБ-9. Тем не менее, термин «невротические» сохраняется в названии большой группы расстройств F40-F48 «Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства».

В руководстве по диагностике и статистике психических расстройств DSM-IV-TR (2000) до переиздания данной классификации в 1980 году к тревожным расстройствам применялся термин «невроз». Однако в дальнейшем приобрела место тенденция все большего клинического «дробления» тревожных расстройств, которое нашло отражение в поздних классификационных системах поведенческих и психических нарушений.

Тревожно-фобические расстройства (F40):

- Агорафобия
- Социальная фобия
- Изолированная (специфическая) фобия
- Другие тревожно-фобические расстройства
- Фобическое тревожное расстройство, неуточненное

Другие тревожные расстройства (F41):

- Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога)
- Генерализованное тревожное расстройство
- Смешанное тревожно-депрессивное расстройство
- Другие смешанные тревожные расстройства
- Другие уточненные тревожные расстройства
- Тревожное расстройство, неуточненное

Тревожные расстройства в руководстве DSM-IV-TR разделены на девять категорий, которые четко очерчивают разнообразие реакций и способов избегания тревожных ситуаций.

- Тревожное расстройство в связи с разлукой

Не соответствующая возрасту, чрезмерная и негативно воздействующая тревога, связанная с возможной разлукой с родителями или с отъездом из дома.

- Генерализованное тревожное расстройство

Хроническое или чрезмерное беспокойство и напряжение; практически постоянное ожидание несчастья, даже при отсутствии очевидных поводов к этому. Беспокойству зачастую сопутствуют соматические симптомы: дрожь, мышечное напряжение, головная боль и тошнота.

- Специфическая фобия

Чрезвычайно сильный, оказывающий существенное негативное воздействие страх перед специфическими объектами или ситуациями, которые не представляют собой никакой опасности или же незначительную опасность. Объектами страхов могут являться, например, животные, высота или уколы.

- Социофобия

Страх стать объектом пристального внимания или изучения (проверки); страх совершить что-то, что окажется унижительным.

- Обсессивно-компульсивное расстройство

Повторяющиеся навязчивые и нежелательные мысли, вызывающие тревогу и зачастую сопровождающиеся ритуальными действиями, направленными на то, чтобы снять эту тревогу.

- Паническое расстройство

Характеризуется приступами паники и ощущением ужаса, которые возникают внезапно и неоднократно. Физические симптомы, возникающие при этом расстройстве: боль в груди, сильное сердцебиение, одышка, головокружение и напряжение в животе. Постоянная озабоченность по поводу следующего приступа и его последствий.

- Паническое расстройство с агорафобией

Возникающая при паническом расстройстве тревога, связанная с ситуациями, вызывающими затруднения или смущение, или тревога, связанная с нахождением в тех местах, где подверженный расстройству человек оказывается беспомощным в случае приступа паники или появления симптомов, подобных панике. Зачастую панику вызывает нахождение вне дома или в толпе людей.

- Посттравматическое стрессовое расстройство

Постоянные пугающие мысли, возникающие после перенесенного тяжелого и травматичного для психики события.

- Острое стрессовое расстройство

Тревога и другие симптомы, формирующиеся после столкновения с чрезвычайным травматическим стрессором; симптомы исчезают в течение 4 недель после столкновения со стрессором.

## **Клиническая характеристика тревожных расстройств**

В группу тревожных расстройств входят несколько довольно разнородных заболеваний, связанных одним общим признаком — высоким уровнем тревоги, которая носит стойкий характер, может ограничиваться или не ограничиваться какими-либо определенными обстоятельствами (фиксированная или нефиксированная, личностная и ситуативная).

Клинически тревожные расстройства проявляются психическими и соматическими (вегетативными) симптомами, важной отличительной чертой которых является полисистемность.

В качестве психических проявлений тревожных расстройств наиболее часто выступают:

- опасения (беспокойство о будущих неудачах, ощущение волнения, трудности в сосредоточении и др.);
- беспокойство по мелочам;
- раздражительность и нетерпеливость;
- ощущение напряженности, скованность;
- суетливость;
- неспособность расслабиться;
- ощущение взвинченности или пребывания «на грани срыва»;
- невозможность сконцентрироваться;
- ухудшение памяти;
- быстрая утомляемость;
- страхи;
- навязчивые мысли, образы.

Вегетативные (соматические) проявления тревоги включают:

- потливость, холодные и влажные ладони;
- сухость во рту;
- ощущение «кома» в горле;
- чувство нехватки воздуха;
- напряжение и боль в мышцах;
- тошнота, диарея, боли в животе;
- головокружение;
- предобморочное состояние;
- снижение либидо, импотенция;
- напряжение и боль в мышцах;
- учащенное сердцебиение;
- приливы жара или холода.

Характерным свойством тревоги является не только предвосхищение той или иной опасности, но и побуждение к поиску и конкретизации этой опасности, что приводит к формированию тех или иных синдромов. От того, по какому пути идет конкретизация (реализация) тревоги, зависит формирование того или иного клинического синдрома, т. е. того или иного варианта тревожного расстройства.

## Паническое расстройство

Основной признак - это периодически повторяющиеся приступы паники, т.е. внезапного возникновения страха и дискомфорта, связанного с такими симптомами, как одышка, сердцебиение, головокружение, удушье, боль в груди, дрожь, усиленное потоотделение и страх умереть или сойти с ума. Обычно эти приступы длятся от 5 до 20 минут. Часто пациенты ошибочно полагают, что у них сердечный приступ.

Пережив несколько таких приступов, многие начинают испытывать сильный страх перед следующим, который может случиться в таком месте, откуда они не сумеют выбраться или где не смогут получить помощь – в тоннеле, в середине ряда в кинотеатре, на мосту или в переполненном людьми лифте. Они начинают избегать всех этих ситуаций и обходят подобные места на большом расстоянии, иногда ограничивая свое местопребывание домом или отказываясь выходить без сопровождающего, которому доверяют.

Паническому расстройству часто сопутствует агорафобия. В настоящее время этот термин трактуется шире, чем раньше, и включает страх не только открытых пространств, но и любых ситуаций, из которых нет возможности немедленно выбраться и вернуться в безопасное место. Хотя агорафобия считается отдельным расстройством, она часто служит механизмом защиты при паническом расстройстве: оставаясь дома или покидая его только с сопровождающими, больные тем самым избегают стресса, снижая вероятность приступа.

## Фобическое тревожное расстройство

Группа расстройств, при которых единственным или преобладающим симптомом является боязнь определенных ситуаций, не представляющих текущей опасности. В результате больной обычно избегает или страшится таких ситуаций. Беспокойство больного может быть сфокусировано на отдельных симптомах, таких, как дрожь от страха или обморочное ощущение, и часто ассоциируется с боязнью умереть, потерять над собой контроль или сойти с ума. Ожидание возможности попадания в фобическую ситуацию обычно вызывает преждевременную тревогу.

Характерные свойства фобий:

- выраженный и устойчивый или неразумный страх, связанный с наличием или ожиданием специфического объекта или ситуации;
- немедленная фобическая реакция на тревожный стимул;
- осознание пациентом чрезмерности и неразумности страха;
- избегание фобических ситуаций;
- выраженный дистресс, связанный с осознанием фобии.

Агорафобия. Довольно хорошо очерченная группа фобий, включающая в себя боязнь выходить из дома, входить в магазины, боязнь толпы и общественных мест, боязнь в

одинокую путешествовать поездом, автобусом, самолетом. Паническое расстройство является обычной чертой эпизодов и в прошлом, и в настоящем. Кроме того, в качестве дополнительной характеристики часто присутствуют депрессивный и навязчивые симптомы и социальные фобии. Часто выражено избегание фобических ситуаций, и лица, страдающие агорафобией, не испытывают большого беспокойства, так как они в состоянии избежать этих "опасностей".

- Агорафобия без панического расстройства в анамнезе
- Паническое расстройство с агорафобией

Социальные фобии. Боязнь пристального внимания со стороны других людей, ведущая к избеганию социальных ситуаций. Более глубокие социальные фобии связаны с низкой самооценкой и боязнью критики. Их присутствие проявляется в виде покраснения лица, дрожания рук, тошноты, постоянных позывов на мочеиспускание. Иногда больной убежден, что какое-либо из этих вторичных проявлений и составляет его основную проблему. Симптоматика может прогрессировать до приступов паники.

- Антропофобия
- Социальный невроз

Специфические (изолированные) фобии. Сюда входят фобии, ограниченные весьма специфическими ситуациями, такими, как близость особым животным, высота, гром, темнота, полет, закрытое пространство, мочеиспускание и дефекация в общественных туалетах, употребление определенных пищевых продуктов, лечение зубов, вид крови или травмы. Хотя мысль о такой ситуации является абстрактной, попадание в нее может вызвать панику, как при агорафобии или социальной фобии.

- Акрофобия
- Боязнь животных
- Клаустрофобия
- Простая фобия

## **Генерализованное тревожное расстройство**

Тревога, которая является распространенной и устойчивой, но не ограниченной или преимущественно вызванной какими либо особыми обстоятельствами (т.е. свободно плавающей, или "free-floating"). Доминирующие симптомы изменчивы, но включают жалобы на устойчивую нервозность, ощущение страха, мышечное напряжение, потливость, ощущение безумства, дрожь, головокружение и чувство дискомфорта в эпигастральной области. Часто выражена боязнь несчастного случая или болезни, которые, по мнению больного ожидают его или его родственников в ближайшее время.

Для постановки диагноза первичные симптомы тревоги должны присутствовать у больного в течение как минимум шести недель. Наиболее часто в этом качестве выступают:

- беспокойство, суетливость или нетерпеливость;
- быстрая утомляемость;
- расстройство концентрации внимания и памяти;
- раздражительность;
- мышечное напряжение;
- нарушение сна.

Диагностические критерии для ГТР менее четкие, чем для других вариантов ТР, и скорее построены по принципу исключения. По мнению большинства исследователей, ГТР не представляет единой диагностической категории, а отражает скорее особый тревожный феномен, возникающий при разных диагнозах.

### **Литература:**

1. Психиатрия под редакцией Р. Шейдера . Перевод с английского: Москва, «Практика», 1998
2. Нардонэ, Дж. Страх, паника, фобия: Краткосрочная терапия / Дж. Нардонэ. - М., 2008.
3. Мэй, Р. Смысл тревоги / Под. ред. М.И. Завалова, А.Ю. Сибуриной. - М., 2001.
4. Байкова, И.А. Клиника и современная терапия тревожных расстройств / И.А. Байкова, А.А. Головач, Е.И. Терищук. - М., 2009.
5. Аведисова А. С. Тревожные расстройства. В кн.: Александровский Ю. А. Психические расстройства в общей медицинской практике и их лечение. М.: GEOTAP-МЕД, 2004.
6. МКБ-10
7. DSM-IV-TR (2000)