

РАЗЛИЧИЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ВНУТРЕННЕ ПЕРЕМЕЩЕННЫХ ЛИЦ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

А.В. Гальченко

Целью исследования было изучение структуры психосоциальной дезадаптации во внутренне перемещенных лиц при наличии непсихотических психических расстройств. Исследовано 102 у внутренне перемещенных лиц с непсихотическими психическими расстройствами из Донецкой, Луганской областей и АР Крыма, у которых была патология психической сферы непсихотического уровня и признаки психосоциальной дезадаптации.

Проведено комплексное всестороннее обследование с применением клинико-психопатологического, психодиагностического, психометрического методов и тщательного изучения анамнеза жизни. Для диагностики различных форм и выраженности психосоциальной дезадаптации применена «Шкала психосоциальной дезадаптации» Л.А. Герасименко, А.М. Скрипникова.

Установлена корреляция между нозологическими особенностями и профилем психосоциальной дезадаптации. При тревожно-депрессивном расстройстве преобладали адаптационные нарушения в информационной сфере средней и легкой степени, а также в экономической сфере, но с преобладанием тяжелого течения дезадаптации. Расстройства адаптации коррелировали с производственным типом дезадаптации,

который проявлялся преимущественно средней степенью тяжести, и с информационным типом, который протекал в легкой степени. Соматизированное расстройство в большинстве случаев было представлено производственным типом дезадаптации, с преобладанием тяжелого течения. При ПТСР доминировала корреляция с информационным типом дезадаптации, который составил значительное большинство всех пациентов с этим расстройством, к тому же, в тяжелом течении. Пациенты с неврастенией имели корреляцию с семейным типом дезадаптации, с преобладанием средней тяжести. Пролонгированная депрессивная реакция коррелировала с экономическим типом дезадаптации, с преобладанием тяжелого течения.

Итак, согласно результатам исследования установлено, что у внутренне перемещенных лиц из непсихотическими психическими расстройствами преобладали смешанные варианты психосоциальной дезадаптации, ведущее место среди которых занимал информационный тип дезадаптации.

Ключевые слова: внутренне перемещенные лица, психосоциальная дезадаптация, тревожно-депрессивные расстройства, расстройства адаптации.

Принято до друку 20.02.2020 р.

МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ И ПРЕОДОЛЕНИЯ ПАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

Восточноевропейская ассоциация психологов и психиатров м. Харків

Приведено описание авторского подхода к пониманию психологических механизмов и возможностей терапии панического расстройства. Предложено рассмотреть структурные элементы, которые составляют основу данного заболевания. Первым элементом является придание какому-либо событию резко выраженного негативного значения в отношении личности, здоровья, жизни. Вторым элементом является готовность к произвольному значительному повышению эмоционального напряжения. Третьим элементом является концентрация внимания на определенных физических ощущениях и функциях собственного организма. По своей сути паническая атака рассматривается как один из вариантов адаптивных реакций. Ее особенностью является избегание нежелательного действия. Фактически речь идет о создании условий для обоснованного отказа от активной реализации своих потребностей. В основу терапии положена возможность создания более эффективной модели поведения за счет развития навыков саморегуляции и формирования осознанного отношения к индивидуальным реакциям избегания.

Ключевые слова: паническое расстройство, психологические механизмы, терапия.

В МКБ-10 указано как самостоятельная нозологическая единица Паническое расстройство, шифр F 41.0, которое относится к группе Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства. Клиническое развитие панического эпизода оценивается как неконтролируемый человеком, спонтанно разворачивающийся процесс, имеющий отчетливую тенденцию к рецидивированию и хроническому течению. Речь идет о том, что пациент, столкнувшийся с данным расстройством, фактически вынужден смириться с неизбежностью повторного возникновения панических состояний, существенно изменить жизненный стереотип, претерпеть значительное снижение качества жизни. Само ожидание последующего панического эпизода становится тягостным душевным переживанием, не покидающим пациента и лишаящим возможности полноценного социального функционирования. В состоянии «предчувствия» очередного приступа такой человек не в силах полноценно выполнять свои профессиональные и иные социальные обязанности, получать радость от естественных обстоятельств жизни, всегда дававших для этого основание. Данное ограничение свободы, произвольности принятия решений и планирования своих действий переживается как объективная невозможность преодолеть болезненное состояние. Ожидание проявлений болезни заполняет значительное временное пространство, существенно превышающее время самих приступов. Формируется своеобразный психопатологический симптомокомплекс с переживанием обреченности,

подавленности, тягостного ожидания, волнообразно возникающей напряженности и вовлеченности в размышления по поводу переосмысления своей жизни на фоне возникшего недуга [1, 2, 3].

При этом, для окружающих не является очевидным наличие болезни, так как помимо жалоб и демонстрации потребности в посторонней помощи, как правило, отсутствуют убедительные объективные признаки болезни. Речь может идти о комплексе вегето-сосудистых проявлений в структуре приступа. Часто сам приступ носит характерную, стереотипно повторяющуюся структуру. Узнается пациентом, что называется «по первым нотам». После завершения панического приступа не выявляются какие-либо существенные соматические нарушения. Накопленная статистика позволяет утверждать, что данные пароксизмальные состояния не несут опасности для жизни. Хотя субъективно переживаемые пациентами ощущения вызывают у них уверенность в катастрофических для жизни и здоровья последствиях. Данное различие в оценке субъективных и объективных показателей Панического расстройства может служить причиной конфликтов в семье пациента. Родственники, не видя понятного для себя объяснения болезни, устают от необходимости постоянно проявлять поддержку, обсуждать неочевидные для себя проявления расстройства, жертвовать своими интересами в угоду представлениям и запросам пациента. Последний тяжело переживает подобное отношение к своей ситуации, что может сопровождаться претензией

в недоверии к близким, намерением доказать им реальность своего недуга [4, 5].

С этой целью проводятся многочисленные обследования и консультации, осуществляется самостоятельный поиск в различных информационных ресурсах. Распространенной является позиция с игнорированием результатов, указывающих на отсутствие патологических изменений в организме, подвергающих сомнению катастрофичность последствий болезни. Речь фактически сводится к поиску доказательств тяжести своего состояния и отбрасыванию всех иных оценок специалистов и методов исследования, которые оцениваются как не квалифицированные и неубедительные. Избирательность оценки как фильтр пропускает лишь выводы и результаты, подтверждающие тяжесть состояния пациента. Чем хуже оценка, тем доверительней отношение к ней. Такова парадоксальность оценок, часто выявляемая у данной группы пациентов.

В ряде случаев семья наоборот включается в переживание болезни, признавая ее объективность и занимая активную позицию как в поиске доказательств ее реальности, так и распределении ролей, позволяющих обеспечить спасение либо предупреждение вероятного приступа. Совместно обсуждается каждый перенесенный эпизод, выражается сочувствие. Пациент получает право максимально снять с себя семейные обязанности на общепризнанных основаниях.

Следует отметить, что как в случае с сопротивлением признанию болезни, так и при ее полном принятии, семьи пациентов переживают значительное эмоциональное напряжение и вынуждены существенно менять привычный жизненный стереотип. Можно уверенно говорить, что в случае появления панических атак у одного человека, страдает вся семья [6, 7].

В отношении распространенности панического расстройства имеются различные оценки. Существует мнение, что им страдает до 5% населения. Данная группа включает лиц преимущественно трудоспособного возраста. Учитывая все выше перечисленные данные и вовлеченность в обстоятельства болезни близкого окружения, социальные последствия данного заболевания являются существенными. При этом недостаточными на настоящем этапе являются как понимание самого механизма болезни, так и способов ее преодоления.

В данной связи является актуальной необходимость системного анализа и оценки имеющегося опыта наблюдений и исследований. Проведя указанную работу, автором предложена

психологическая Модель панического расстройства [8]. Так, паническая атака, традиционно воспринимаемая как монолитный симптомокомплекс, разделена на составляющие элементы.

Первым элементом является придание какому-либо событию резко выраженного негативного значения в отношении личности, здоровья, жизни.

Вторым элементом является готовность к произвольному значительному повышению эмоционального напряжения.

Третьим элементом является концентрация внимания на определенных физических ощущениях и функциях собственного организма.

Данные элементы могут формироваться в различной очередности, но являются обязательными составляющими панического расстройства. Характеризуя первый элемент, следует подчеркнуть, что негативное значение может быть зафиксировано за любым ранее нейтрально воспринимаемым событием. Происходит фиксация нового значения, сращивание его с характерными обстоятельствами жизни. Так, в качестве пускового фактора панической атаки может восприниматься конкретный человек или обстоятельство, но в основе его возникновения всегда лежит ожидание неблагоприятных последствий от определенного совершаемого пациентом действия.

По своей сути паническая атака является одним из вариантов адаптивных реакций. Ее особенностью является избегание нежелательного действия. Фактически речь идет о создании условий для обоснованного отказа от активной реализации своих потребностей. Вся энергия ответа направляется в переживание, эмоциональную и вегетативную реакции, которые субъективно и воспринимаются как основание для остановки. Как непреодолимые препятствия. Оценивается как истинная причина ухода от активных действий. При этом прямой, открытый отказ от активного поведения не используется в связи с негативной оценкой такого варианта в социуме, неумения сформулировать свою потребность в помощи социально приемлемыми способами.

Тот факт, что в основе указанного расстройства лежат подсознательные механизмы, проявляется в вытеснении истинных причин внутреннего протеста, непринятия, избегающего поведения и подмене их спонтанно сформированными сверхценно окрашенными обстоятельствами «непреодолимой силы». Интересным является тот факт, что в качестве пусковых, субъективно определяемых как причина приступа, обстоятельствах, как правило, используются те из них,

которые легко контролируются и лишены реальной опасности.

Готовность к произвольному значительному повышению эмоционального напряжения является индивидуально приобретенной и динамично развиваемой в условиях соответствующей культуры. Подобные поведенческие реакции, не сопровождаемые действием, приводят к закреплению навыка подавления актуальности сформированного обстоятельства запроса. В данном случае можно вести речь о переводе ответа в режим переживаний, уходе во внутренний мир, в мир образов. Таким образом, способность к формированию ярких внутренних картин, ведению внутреннего чувственного диалога, склонность к драматизации переживаемого являются характерной чертой лиц, страдающих паническими расстройствами. В определенном смысле, можно говорить о наличии у них более выраженных художественных, творческих задатков, заслуживающих лучшего применения. Эти люди не реализуют свои задатки в полной мере, а болезнь выступает формальным оправданием их нерешительности.

Повышенное внимание к определенным телесным ощущениям и функционированию собственного организма становится постоянным спутником при данном заболевании. Пациент старается постоянно оценивать свое состояние и жизнедеятельность, обращая внимание на функции, традиционно не требующие осознанного контроля. Стремление взять под свое управление вегетативные процессы приводит к значительным энергетическим затратам и формированию системных нарушений обменных процессов. Данная функция надежно обеспечивается при рефлекторном управлении и существенно нарушается при попытке сознательной коррекции.

Основой для перечисленных выше изменений является личностная предрасположенность к более легкому возникновению реакций тревоги и застревания на своих переживаниях, которые могут передаваться генетически. Таким образом, наследуется предрасположенность к определенному типу реагирования, а в более широком смысле – способу адаптации. Сама болезнь развивается на этой измененной почве в результате взаимодействия личности с неблагоприятными условиями внешней среды [9].

Постоянная фиксация внимания приводит к нарастанию внутреннего напряжения. Каждое подобное вмешательство является дестабилизирующим и имеет накопительный эффект. Фактически именно повторяющиеся попытки контролировать произвольные функции и

приводят к формированию панического приступа. Для наглядности их можно сравнить с усиленными, сжимающими пружину, которая достигнув критического уровня напряжения, стремительно разжимается, освобождая накопленную энергию. Высвобождаемый таким образом импульс не используется для совершения действия, как это предусмотрено природой. Он прокладывает себе нестандартный путь. Для вывода избыточного напряжения используется одна из систем организма, выполняющая в естественных условиях совершенно определенные функции. Это чаще сердечно-сосудистая, пищеварительная или дыхательная система [10].

Накопленное напряжение представляет опасность для функционирования организма в связи с утратой естественного состояния, предусмотренного законами гомеостаза. Поэтому мощный импульс активности проходит через одну из систем, включая ее на максимальный уровень активности без соответствующей реальной потребности. Немотивированное, некоординируемое с объективными обстоятельствами проявление физиологической активности является очень энергозатратным и приводит к резкому падению энергетического потенциала. Естественным состоянием после панического приступа является состояние астении, физической и душевной опустошенности. Избыток напряжения ликвидирован. Угроза благополучию организма устранена. Организм, требует отдыха и переходит в состояние покоя. После чего, восстанавливая силы, способен вновь формировать нарастание напряжения путем активной концентрации внимания. Формируется замкнутая модель, обеспечивающая цикличное воспроизведение вынужденного сброса накапливаемого напряжения [11].

Данная приспособительная реакция носит явные черты недостаточной социальной эффективности [12, 13]. Иначе обстоит дело с физиологической составляющей. Нетипичные для нормального функционирования организма ощущения во время приступа должны были бы сконцентрировать внимание на пересмотре модели своего поведения и внесении в него корректив. Однако, чаще усилия направляются лишь на борьбу с симптомами, сопровождающими панический приступ. При этом следует подчеркнуть, что сам панический приступ выполняет по отношению к здоровью человека охранительную функцию, подобную предохранителю в электросетях. Он не допускает достижения критического для здоровья уровня напряжения и таким образом убеждает организм от реальной опасности. С нашей

точки зрения именно подсознательный контроль за всем процессом накопления напряжения и его сброса является объяснением абсолютной безопасности переживаемых реакций.

Способ преодоления панических расстройств с учетом приведенных выше разъяснений имеет комплексную основу и является комбинацией психологических и физиологических техник.

Наиболее специфичной и сложной является психологическая составляющая. Речь идет о достаточности психотерапевтических навыков в выявлении ситуаций, избегаемых пациентом и корректном разъяснении их влияния на развитие приступов. Фактически речь идет о замене бессознательного избегания сложных обстоятельств на более конструктивные формы поведения. Перестать страдать и начать действовать! Такой по своей сути является задача психологической интервенции. Следует отметить, что в связи с переводом на подсознательный уровень, многие элементы переживаемого конфликта часто воспринимаются пациентом как не очевидные. В классической психодинамической традиции пациенту дается возможность постепенно осознавать свое внутреннее переживание, на что требуется значительное время. Отличием предлагаемого подхода, является прямая вербальная демонстрация пациенту его модели избегающего поведения с описанием реальной роли участников и обстоятельств. Преимуществом данного подхода является высокая интенсивность переживаний, которые должны координироваться психотерапевтом. При четкой, понятной для человека картине болезни, в которой он играет ключевую роль, вырисовывается очевидная возможность изменения стереотипа поведения, приводившего к формированию панических атак.

Разъясняется понятие условной приятности, удобства использования приступов для утилизации нереализованного на достижение желаемого результата усилия, напряжения, энергии. Это, как правило, вызывает удивление и требует внутреннего переоценки своих текущих действий. После чего пациенту становится понятным, почему предпочтение может быть отдано такому некомфортному способу адаптации с использованием панических атак. Именно управляемость и объективная безопасность делают его более предпочтительным в сравнении с откладываемыми решениями, действиями и отвергаемыми вызовами реального мира. Лучше смириться с понятными и предсказуемыми ощущениями приступа, чем столкнуться лицом к лицу с неизвестностью, ответственностью,

непредсказуемостью новых жизненных обстоятельств. Так старая приспособительная реакция избегания оказывается предпочтительней новых возможностей.

В связи с перечисленным выше, высокую актуальность имеет принцип, прямо высказанный пациенту на начальном этапе терапии как условие ее эффективности: «Перестать себя жалеть!» Дается задание замечать в обыденной жизни реакции избегания, погружения в переживание неудовлетворенности и страдания. Подобные ситуации необходимо прерывать волевой командой. Так прекращается ущербная практика культивировать состояние страдания. На окончательную победу требуется время. Но сама задача служит надежным ориентиром прикладываемых усилий. Терапевтическая ситуация всегда развивается волнообразно. Достигнутый успех вызывает душевный подъем и восхищение, а неудачные попытки сопровождаются разочарованием и наплывом сомнений. В целом, можно говорить о том, что имеет место следующая закономерность в достижении поставленной цели: два шага вперед, один назад. Об этом приходится предупреждать на начальном этапе, что позволяет легче преодолевать состояния неуспеха и возвращаться к продолжению намеченной работы.

Описанные принципы позволяют оказывать терапевтическое влияние на первый, базовый компонент панического расстройства, касающийся особого значения определенных событий. Следует отметить, что два других элемента согласно предложенной модели, могут быть скорректированы физиологическими техниками. В этой связи предлагается использовать следующие особенности человеческого организма.

Все процессы, происходящие в нашем теле, сопровождаются затратами энергии на их осуществление. Панические атаки требуют накопления значительных запасов для преодоления критического порога, запускающего приступ. Существуют условия, при которых приступ становится невозможным. Когда не создается повышенное эмоциональное напряжение, человек не концентрируется на своих ощущениях или воспоминаниях о переживаниях. Данной цели значительно легче добиться, человеку, ведущему максимально активный образ жизни. Дело в том, что для формирования напряжения требуется остановка, пауза, в процессе которой реализуется прислушивание к своим ощущениям и погружение в мир переживаний. Если повысить темп жизни, то такие паузы возникают значительно реже либо вовсе исчезают. Кроме того, в процессе активной деятельности происходит естественное

расходование сил. Их запас исчерпывается и на создание панической атаки не остается ресурсов.

Пациенту предлагается сделать осознанный выбор: «Уставать от переживаний болезни либо от физической активности!» Первый вариант ведет к приступам, а второй к осязаемым достижениям. Он, безусловно, труден, но и жить в состоянии болезни тоже не легко. В процессе реализации данного решения происходит формирование необходимого навыка. Не нужно себя все время контролировать, прислушиваясь к вероятным проявлениям приближающегося приступа. Следует активно реализовать имеющиеся потребности и обеспечить себе постоянную занятость.

Особое значение в этой связи имеют регулярные физические тренировки. Единственным условием при выборе вида физической активности является условие получать от данного занятия удовольствие. Оно должно нравиться. Тогда можно быть уверенным, что и после окончания описываемого терапевтического курса человек продолжит самостоятельные занятия. Это позволит сохранить достигнутый результат. Физическая нагрузка является естественным и одним из наиболее эффективных способов переключения внимания. После физической нагрузки организм без каких-либо дополнительных подсказок переходит в состояние расслабления. Сам по себе навык преодоления усилий по пути к достижению цели, приводит к формированию большей уверенности в себе и повышению эффективности волевых усилий.

Отдельным элементом работы является развитие способности к релаксации. С этой целью используется авторский Способ «перезагрузки» сознания, являющийся модификацией медитативной техники [14]. Для того, чтобы уметь расслабляться в стрессовой ситуации, необходимо научиться расслабляться в комфортной ситуации. Когда данный навык усвоен, он может быть использован и в менее благоприятных условиях. При ежедневной практике, результаты заметны после 2–3 недель занятий. Данный способ позволяет производить сброс напряжения, не доводя его до критического в отношении необходимости использования панической атаки. Кроме того, опыт полного расслабления формирует способность замечать нарастание напряженности и произвольно снижать ее.

Уделяется внимание необходимости регулярного переживания состояния комфорта, радости, удовольствия. Составляется перечень привычек, условий, в которых такие переживания реализуются. Они осознанно распределяются на протяжении жизненного пути. Развивается способность переживать, проживать радость как одно из

ресурсных для психического и физического восстановления состояний.

Активное использование особенностей физиологических процессов человеческого организма позволяет существенно снизить нагрузку с психологических механизмов. Чем больше мы используем физиологию, тем естественней будет выход из болезненного состояния. Тем меньше придется прибегать к самоанализу и самоконтролю, которые сопровождаются тягостными душевными ощущениями. Конечной целью данной методики является максимальное доверие своему организму, миру, жизни. Именно это состояние приводит к отсутствию панических атак, раскрытию внутреннего ощущения свободы, умения получать от жизни удовольствие, уходу от внутренней борьбы и переходу к более активной внешней модели поведения.

Практическое использование описанной терапевтической модели позволяет утверждать, что разделение панического расстройства на функциональные элементы и прицельная работа с каждым из них позволяет добиться прекращения панических атак, формирования более эффективной модели поведения, повышения возможностей социальной адаптации. Отчетливый клинический эффект дает коррекция любого из трех компонентов заболевания, однако использование предложенного комплексного подхода позволяет существенно повысить эффективность проводимой терапии и сократить ее сроки. При данном подходе достаточными для выработки необходимых для самостоятельного использования навыков являются 10 сеансов терапии при частоте 2–3 встречи в неделю. За 3 недели работы у пациента формируется понимание более эффективной модели поведения и закрепляются навыки релаксации. Дальнейшие встречи с терапевтом могут быть востребованы в случае возникновения трудных ситуаций и принятии значимых для пациента решений. В большинстве случаев, усвоенные в процессе описанной методики навыки оказываются достаточными для самостоятельного применения.

Следует отметить, что около 10% амбулаторного контингента, страдающих паническим расстройством, выявляют намерение получить результат, не прикладывая собственных усилий, путем нахождения с этой целью особых методик или специалистов, явную приверженность фармакотерапии и неготовность идти по предлагаемому в методике пути приложения усилий и работы над собой. Можно предполагать, что они естественным образом концентрируются в специализированных

госпитальных отделениях, где их процент может быть существенно выше. Неготовность к самостоятельной работе, регулярным тренировкам, освоению навыков релаксации делает их недосягаемыми для предлагаемого терапевтического подхода.

Традиционным является понимание повышения эффективности терапии в случае сочетанного применения фармакологического и психотерапевтического подходов [15, 16, 17]. Однако, в последние годы все чаще публикуются данные о нежелательных последствиях приема лекарственных препаратов [18, 19]. Необходимо подчеркнуть, что автор в процессе терапии старается обходиться без сопутствующего их применения. Исключение делается в случаях резко выраженной тревожности, по просьбе пациентов. В том случае если пациент приходит в терапию уже принимая фармакологические препараты, то они постепенно отменяются. За счет понимания роли собственных реакций и психологических переживаний в формировании панических приступов, выработки навыков релаксации и функционально более активной модели поведения, пациент существенно повышает возможности индивидуальной адаптации. Психотерапевтический метод в данном применении обнаруживает преимущество над фармакологическим [20]. Пациент приобретает навыки саморегуляции, которые способен эффективно использовать и после завершения курса терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александровский, Ю.А. (2012) Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 470–472.
2. Вейн, А.М., Дюкова, Г.М., Воробьева, О.В., Данилов, А.Б. (2004). Панические атаки: руководство для врачей. М.: Эйдос Медиа. 408 с.
3. Тутер, Н.В. (2007). Панические расстройства: Неврологические и психиатрические аспекты. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*, Т. 107, № 11, 84–90.
4. Воробьева, О.В., Васильчикова, Н.В. (2004). Связанные с половым диморфизмом различия панического расстройства. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*, №6, 9–13.
5. Кочетков, Я.А., Соколова, Е.Т. (2006). Объектные отношения у пациентов с паническим расстройством. *Соц. и клин. психиатрия*, № 2, 10–14.
6. Дмитриева, Т.Б., Краснов, В.Н., Незнанов, Н.Г. (2009). Психиатрия. Национальное руковод-

ство. М.: Издательская группа «ГЕОТАР–МЕДИА», 995 с.

7. Маркова, М.В., Росінський, Г.С. (2018). Порухнення здоров'я сім'ї демобілізованих військовослужбовців – учасників АТО: психопатологічний, психологічний, психосоціальний і сімейний виміри проблеми. *Український вісник психоневрології*. Т. 26, вип. 1 (94), 78–82.

8. Гончаров, В.Є. (2019). Модель панического расстройства. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на науковий твір № 97115 Україна. Дата реєстрації 08.04.2019 г.

9. Колосова, О.А. (1998). Роль особенностей личности в формировании психовегетативных нарушений. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика. / Под ред. А.М. Вейна. М.: МИА, 463–470.

10. Романенко, Е.К., Котова, О.В., Воробьева, О.В. (2011). Клинико-патогенетические особенности респираторных панических атак. *Психическое здоровье*, № 11(66), 64.

11. Ткачишин, В.С. (2018). Професійні захворювання від перенапруження окремих органів і систем. Медичні перспективи, Т. XXIII. 3, ч. 1, 221–228.

12. Леонтьев, Д.А., Рассказова, Е.И. (2011). Жизнестойкость как составляющая личностного потенциала // Личностный потенциал: структура и диагностика / под ред. Д.А. Леонтьева. М.: Смысл, 680.

13. Никитина, Е.В. (2017). Феномен жизнестойкости: концепция, современные взгляды и исследования. *Academy*, № 4 (19), 100–103.

14. Гончаров, В.Є. Способ «перезагрузки» сознания (2017). Свідоцтво про реєстрацію авторського права на науковий твір № 75651 Україна. Дата реєстрації 29.12.2017.

15. Иванец, Н.Н., Кинкулькина, М.А., Тартынский, К.М., Кренкель, Г.Л. (2018). Особенности психофармакотерапии депрессивных состояний с паническими атаками. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*, Т. 118, № 4, 65–69.

16. Мосолов С.Н., Смулевич, А.Б., Нуллер, Ю.Л. (2001). Мультицентровое исследование эффективности и переносимости пароксетина (паксил) при лечении панического расстройства. *Качественная клиническая практика*, №2, 3–16.

17. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / Под ред. И.Я. Гуровича и А.Б. Шмуклера (2002). М.: Медпрактика, 179.

18. Аведисова, А.С. Бородин, В.И. (2003). Нежелательные явления при фармакотерапии пограничных психических расстройств. *Психиатрия и психофармакология*. Т. 5, № 3, 96–98.

19. Бородин В.И. (2000). Побочные эффекты транквилизаторов и их роль в пограничной психиатрии. *Психиатрия и психофармакология*. № 3, 72–74.

20. Михайлов Б.В. (2017). Стан і перспективи розвитку психотерапії і медичної психології в умовах реформування медичної галузі України. *Український вісник психоневрології*. Т. 25, вип. 1 (90), 25–28.

МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ТА ПОДОЛАННЯ ПАНИЧНОГО РОЗЛАДУ

В.Є. Гончаров

Наведено опис авторського підходу до розуміння психологічних механізмів та можливостей терапії паничного розладу. Запропоновано розглянути структурні елементи, які складають основу даного захворювання. Першим елементом є надання певній події виразного негативного значення відносно особистості, здоров'я, життя. Другим елементом є готовність до довільного значного підвищення емоційної напруги. Третім елементом є концентрація уваги на певних фізичних відчуттях та функціях власного організму. За своєю суттю

панична атака розглядається як один з варіантів адаптивних реакцій. Її особливістю є уникнення небажаної дії. Фактично мова йде про створення умов для обґрунтованої відмови від активної реалізації власних потреб. В основу терапії покладена можливість створення більш ефективної моделі поведінки за рахунок розвитку навичок саморегуляції та формування усвідомленого ставлення до індивідуальних реакцій уникнення.

Ключові слова: паничний розлад, психологічні механізми, терапія.

MECHANISMS OF THE DEVELOPMENT AND OVERCOMING OF PANIC DISORDER

V.E. Goncharov

The article describes the author's approach of understanding the psychological mechanisms and treatment opportunities of panic disorder. It is proposed to consider the structural elements that form the basis of this disease. The first element is giving any event a pronounced negative meaning in relation to personality, health, life. The second element is the readiness for an arbitrary significant increase in emotional stress. The third element is to focus on certain physical sensations and functions of own body. At its core, a panic attack is seen as one of the adaptive responses. Its feature is the

avoidance of unwanted action. In fact, we are talking about creating conditions for a reasonable refusal from the active realization of own needs. The therapy is based on the possibility of creating a more effective model of behavior through the development of self-regulation skills and the formation of a conscious attitude towards individual avoidance reactions.

Key words: panic disorder, psychological mechanisms, therapy.

Прийнято до друку 06.11.2019