# РЕФЕРАТ

**ПРИРОДА ПАНИКИ**

**Выполнил:**

**Студент 3 курса**

**Агафистов А. А.**

**Природа паники и агорафобии**

Приступы паники представляют собой отдельные эпизоды сильного волнения или страха, сопровождающиеся характерными физическими и когнитивными симптомами. Приступ паники отличается внезапным началом и небольшой продолжительностью в отличие от постепенно развивающегося тревожного возбуждения. Приступы паники при паническом расстройстве часто возникают неожиданно, т. е., по мнению клиента, без всяких очевидных причин и в самое неподходящее время.

Подобно всем основным эмоциям (Izard, 1992), приступы паники сопровождаются непреодолимым стремлением к деятельности; чаще всего возникает желание спастись бегством, гораздо реже появляется настоятельная потребность всту­пить в борьбу. Другими словами, считается, что приступы паники отражают ак­тивацию системы «борьбы-бегства». В довершение ко всему приступы паники обычно сопровождаются возбуждением вегетативной нервной системы, что необ­ходимо для обеспечения реактивности по типу «бегства-борьбы». Более того, са­мо ощущение неизбежной угрозы или опасности, например смерти, утраты кон­троля, насмешек со стороны окружающих, вызывает реакцию «борьбы-бегства». Вместе с тем стремление спастись, возбуждение периферической нервной систе­мы и восприятие угрозы не обязательно присутствуют (судя по результатам са­моотчетов) в каждом случае паники, следовательно, периодически возникают расхождения между системами поведенческой, вербальной и физиологической реактивности. Так, исследователи обнаружили, что 40% приступов па­ники (по данным самоотчетов) не сопровождались повышением частоты сердечных сокращений. Поскольку такое расхождение между физиологической и вербальной реактивностью более характерно для не очень угрожающих ситуаций, мы полагаем, что сообщения о панике в отсутствие активации вегетативной нервной системы соответствуют скорее тревоге ожида­ния, а не панике в общепринятом смысле этого слова. Кроме того, пациенты с паническим расстройством гораздо чаще, чем субъ­екты с низкой тревожностью, сообщают о нарушениях сердечного ритма, когда в действительности аритмии у них не наблюдается. Повышенное внимание к признакам возбуждения вегетатив­ной нервной системы и интерпретация этих сигналов как угрожающих могут привести к тому, что клиент ощущает сердечный приступ, которого нет на самом деле. Еще одним примером рассогласования различных систем реактивности является отрицание ощущений угрозы или опасности, несмотря на признаваемый выраженный страх. Такое явление получило название «неосознаваемая паника». Наконец, стремление спасаться бегством иногда подавляется вследствие ситуацион­ных потребностей продолжать двигаться вперед, не отступать, например, при же­лании выглядеть настоящим мужчиной или по профессиональной необходимо­сти; таким образом, возникает несоответствие между поведенческой реакцией, с одной стороны, и вербальной и физиологической реакцией - с другой.

Приступы паники встречаются довольно часто. Во-первых, приблизительно 3-5% населения испытывало приступы паники за последние 12 месяцев, хотя большинство этих людей не отвечают другим критериям панического расстройства.

Во-вторых, приступы паники характерны для множества самых разных тре­вожных расстройств и расстройств настроения и не обязательно являются признаком панического расстройства. Соответственно отли­чительной особенностью панического расстройства являются не сами по себе приступы паники; обязательным условием служит дополнительная тревога по поводу повторения приступов или их последствий либо же выраженные измене­ния поведения в связи с приступами паники. Дополнительная тревога по поводу возникновения паники в сочетании с представлениями о катастрофических ее последствиях отличают человека с паническим расстройством от случаев пре­ходящей субклинической паники, а также от страдающих другими тревожными расстройствами, проявляющимися в том числе паникой.

**Общие сведения**

Считается, что от 2 до 6% популяции на том или ином этапе своей жизни страдает паническим расстройством с агорафобией или без нее. Как правило, за помощью к специалистам обращаются лица в возрасте 34 лет, хотя средний возраст появления первых симптомов варьирует от 23 до 29 лет; кроме того, о приступах паники сообщает большое число подростков. Большинство обратившихся за помощью указывают на явное действие стрессоров в момент возникновения первого приступа паники. Это могут быть факторы, связанные с межличностным общением, или же угрожающие физическому благополучию, например, непри­ятные ощущения, связанные с приемом наркотиков, заболеванием или смертью близких людей. Вместе с тем количество стрессоров не отличается от такового при манифестации других тревожных расстройств. Приблизительно половина обследованных сообщает, что ощущения тревоги им приходилось испы­тывать и до возникновения первого приступа, что позволяет предположить воз­можность как постепенного, так и острого начала расстройства.

**Первые приступы паники**

В абсолютном большинстве случаев первые приступы паники (по свидетельству пациентов) возникают вне дома — во время управления автомобилем или ходьбы, на работе или в школе; в общественном месте; в автобусе, самолете, метро или в ситуации социальной оценки. К показывает наш опыт, к ситуациям, предрасполагающим к возникновению первых приступов паники, относятся те, в которых физические ощущения могут быть расценены как особенно угрожающие в связи с возможностью нарушения функционирования (например, при управлении автомобилем), попадания в ловушку (например, в самолете или на эскалаторе), негативной социальной оценки (например, на работе, во время формальных социальных событий) или утраты безопасности (например, незнакомое место). Ощущение нахождения в ловушке может быть особенно значимым в плане последующего развития агорафобии.

Многие пациенты с паническим расстройством (48%) сообщают о появлении сходных ощущений меньшей интенсивности еще до первого приступа паники. Более того, переживание в прошлом сердечно-сосудистой симптоматики и удушья является значимым предиктором приступов паники и панического расстройства. Вероятно, подобные переживания отражают общую реактивность вегетативной нервной системы, что впоследствии проявляется в виде развернутого панического приступа лишь тогда, когда возбуждение происходит в угрожающем контексте или напряженных ситуациях (т.е. когда такие ощущения с большей вероятностью будут расценены как угрожающие).

**Факторы, поддерживающие тревожное состояние**

Острая «боязнь страха», развивающаяся после первых панических приступов, связана со страхом определенных физических ощущений, сопровождающих приступы паники (например, учащенное сердцебиение, головокружение, парестезии). Этот страх обусловлен двумя факторами. В основе первого из них лежит «интероцептивное обусловливание», т.е. условно выработанная боязнь некоторых внутренних ощущений (в частности, учащенного сердцебиения), которые в представлении человека связаны с выраженным страхом, болью или неприятными переживаниями. Идея обусловливания согласуется с травматическим происхождением приступов паники, которые часто наблюдаются персоналом отделений неотложной медицинской помощи, а также с яркими воспоминаниями о первом приступе паники даже по прошествии 20 лет. Интероцептивное обусловливание довольно устойчиво к угасанию и может быть «бессознательным». Таким образом, интероцептивно обусловленная реакция на страх не зависит от сознательного восприятия запускающих эту реакцию факторов. Следовательно, приступы паники, которые на первый взгляд возникают как гром среди ясного неба, на самом деле имеют в своей основе минимальные изменения в физическом состоянии пациента, которые он не сразу замечает. Так, незначительное колебание артериального давления может вызвать страх, поскольку в прошлом человек испытал ужас из-за значительного повышения давления. Вторым фактором является ошибочное толкование физических ощущений (т.е. трактовка этих ощущений как предвестников неминуемой смерти, утраты и т. д.), что можно рассматривать как усиление уже существующей тенденции считать вредной саму тревогу. Подобно интероцептивному обусловливанию, ошибочное толкование, по-видимому, проявляется как на сознательном, так и на бессознательном уровне, т. е. индивид может принимать физические ощущения за признаки надвигающейся катастрофы, не отдавая себе в этом отчет, отсюда и впечатление о внезапном возникновении приступов паники. Представления об условно-рефлекторной природе страха и ошибочном толковании физических ощущений как о двух самостоятельных конструктах имеет своих сторонников (например, LeDoux, 1996) и противников (Rapee, 1991).

Тем не менее концепция «боязни страха» (fear of fear) имеет эмпирическое подтверждение. Пациенты, страдающие паническим расстройством, твердо убеж­дены в неизбежности физического или психического ущерба вследствие телес­ных ощущений, связанных с приступами паники, и страшатся этого. Такие люди склонны интерпретировать свои физические ощущения как опасные, а также преимущественно употреблять слова, относящиеся к физической угрозе (например, «заболевание» и «несчастье»); и слова, характеризующие катастро­фические события (типа «смерть» или «психически ненормальный»). Кроме того, они чаще боятся процедур, сопряженных с появлением физи­ческих ощущений, напоминающих о приступах паники, в том числе безобидных нагрузок на сердечно-сосудистую, дыхательную и вестибулярную системы, и тем более всяких инвазивных вмешательств (например, вдыхания углекислого газа). Более того, эти люди боятся признаков возбуждения вегетативной нервной сис­темы даже в отсутствие самого возбуждения, что объясняется механизмом лож­ной физиологической обратной связи . При этом ложное толкование симптомов вызывает страх, а переоценка ситуации его уменьшает. Например, люди с паническим рас­стройством и субклиническими проявлениями паники сообщают о значительном ослаблении тревоги во время экспериментальных провокационных процедур ти­па гипервентиляции и вдыхания углекислого газа, когда считают эту процедуру безопасной или поддающейся контролю, если рядом находится заслуживающий доверия чело­век, а также после когнитивно-поведен­ческого вмешательства, снижающего страх телесных ощущений. Страх телесных ощущений отличается от страхов, связанных с внешними стимулами, рядом особенностей. Во-первых, возбуждение вегетатив­ной нервной системы, вызванное страхом, в свою очередь усиливает пугающие ощущения, замыкая тем самым порочный круг страха и ощущений. (Этот цикл воспроизводится до полного истощения нервной системы или до обретения чув­ства безопасности.) Напротив, страх внешних стимулов не способствует подкреп­лению объекта страха. Кроме того, как уже говорилось, факторы, инициирующие приступы паники (т. е. телесные ощущения), не всегда очевидны, из-за чего со­здается впечатление, что приступы паники возникают неожиданно, как гром сре­ди ясного неба. Более того, даже в тех случаях, когда интероцептивные знаки явно заметны, они ведут себя менее предсказуемо по сравнению с внешними стимулами. В-третьих, от телесных ощущений, как правило, гораздо труднее избавиться, чем от внешних объектов; т. е. ощущения сравнительно плохо поддаются контролю. Непредсказуемость и невозможность вмешаться усиливают общую тревогу по поводу надвигающихся неприятных событий и приступов паники. Таким образом, считается, что непредсказуемый характер тревоги и паники способствует усилению хронических тревожных предчувствий и поддержанию тревожного ожидания по поводу повторения паники. В свою очередь, тревожные предчувствия повышают риск возникновения паники, способствуя усилению ощущений, которые закрепились в качестве условно-рефлекторных сигналов для паники, и/или повышая восприимчивость к этим телесным ощущениям. Так образуется порочный круг паники и тревожных предчувствий. Кроме того, считается, что страх телесных ощущений усиливается в результате избегающего влияния. В качестве примера можно привести привычку держаться за людей или предметы из боязни упасть в обморок, сидеть не шевелясь из-за страха сердечного приступа, медленно двигаться или не проявлять активности из боязни показаться смешным. Наконец, тревога проявляется в специфических контекстах, когда ее последствия могут быть особенно ощутимы (например, в ситуациях, связанных с нарушением функционирования, попаданием в ловушку, негативной социальной оценкой и небезопасной обстановкой). Эти тревоги усиливают проявления агорафобии, которая, в свою очередь, питает страх телесных ощущений.

**Агорафобия**

Далеко не все страдающие паническим расстройством одновременно испытывают агорафобию, да и выраженность агорафобии может варьировать в широких пределах. По мере нарастания длительности панического расстройства проявления агорафобии становятся более вероятны; в то же время многие люди на протяжении многих лет страдают от приступов паники без всяких агорафобических ограничений. Агорафобия никак не связана с возрастом появления первых панических приступов или с их частотой. Некоторые исследователи сообщают о параллелизме между выраженностью физической симптоматики на фоне панических приступов и проявлениями агорафобии. Другим не удается обнаружить никаких различий. Хотя боязнь умереть, сойти с ума или утратить над собой контроль не соотносится с выраженностью агорафобии, люди с тяжелой агорафобией могут проявлять более сильное беспокойство по поводу социальных последствий панических приступов. Кроме того, предвосхищение паники в специфических ситуациях повышает вероятность избегающего поведения. Однако до конца не ясно, являются ли беспокойство о социальной оценке и предвосхищение панических приступов предрасполагающими к агорафобии факторами или вторичными явлениями.

Фактор занятости общественно-полезным трудом — также предиктор агорафобии, им объясняется 18% дисперсии ее проявлений в одном из исследований: «Чем более настоятельна необходимость выйти из дому, чтобы пойти на работу, тем менее вероятны проявления агорафобии». По-видимому, наиболее значимым предиктором агорафобии является половая принадлежность. Тяжелые случаи агорафобии наблюдаются преимущественно у женщин. Следовательно, есть осно­вания полагать, что тендерные различия ролевых ожиданий и требований вносят свой вклад в агорафобическое поведение.

Очевидными мишенями вмешательства в соответствии с этими представле­ниями является острый страх телесных ощущений, хроническая тревога по поводу возможных приступов паники и связанных с ней физических ощущений, а также агорафобическое избегание.

**Особенности вмешательства**

**Условия**

Проводить когнитивно-поведенческую психотерапию ПР/ПРА можно в несколь­ких различных условиях. Во-первых, в обстановке амбулаторного учреждения или офиса, которая наиболее пригодна для психологического просвещения, ког­нитивного реструктурирования, объяснения домашних заданий и обсуждения их выполнения, а также репетиции ролей. Кроме того, экспозиция к некоторым фак­торам может быть осуществлена в условиях офиса, в частности, описанная ниже интероцептивная экспозиция к пугающим телесным ощущениям. В последнее вре­мя под амбулаторными условиями проведения когнитивно-поведенческой пси­хотерапии стали пониматься не только учреждения психолого-психиатрического профиля, но и предназначенные для оказания первичной терапевтической помо­щи. Такое нововведение связано с тем, что пациенты с ПР/ПРА часто встречаются в практике врачей общего про­филя. Однако независимо от конкретного места проведения психотерапии без­опасная обстановка офиса может препятствовать генерализации приобретенного в ней опыта. Например, приобретенное умение не испытывать страха в присутст­вии психотерапевта или в офисе, расположенном неподалеку от медицинского центра, не обязательно проявится там, где рядом не будет психотерапевта, или вдали от медицинского центра. Именно поэтому так важны домашние задания с целью закрепления когнитивно-поведенческих навыков в различных условиях. Когнитивно-поведенческая психотерапия проводится также в естественных условиях, где пациент сталкивается с пугающими ситуациями и где можно на практике применить полученные навыки когнитивного реструктурирования и другие приемы совладания с тревогой. Эта процедура называется «экспозиция *in vivo*» и может проводиться при участии психотерапевта или самостоятельно. Участие психотерапевта особенно полезно тем клиентам, которые не имеют до­статочной социальной поддержки для самостоятельного выполнения заданий на экспозицию in vivo, а также предпочтительно при тяжелой агорафобии. Например, положительных результа­тов от самостоятельной экспозиции в соответствии с инструкциями и/или мини­мальным участием психотерапевта не следует ждать от клиентов, страдающих выраженной патологией, имеющих слабую мотивацию, с низким уровнем образования, направленных к психотера­певту против своей воли или обратившихся по объявлению. Более того, сама по себе самостоятельная экспозиция не может рассматриваться как адекватное вмешательство при ПР/ПРА. Руководство психотерапевта необхо­димо при проведении экспозиции с направляемым овладением навыками, когда психотерапевт предоставляет клиенту обратную связь по поводу способов реаги­рования на пугающие ситуации с целью минимизировать ненужное защитное по­ведение. Фактически экспозиция с целью овладения навыками оказалась более эффективной по сравнению с подверганием действию стимулов, когда клиенты просто пытались оставаться в ситуации, пока страх не пройдет, не получая при этом никакой обратной связи от психотерапевта. С дру­гой стороны, самостоятельная экспозиция имеет и свои преимущества, посколь­ку позволяет клиенту ощутить свою независимость и генерализовать полученные в процессе вмешательства навыки на ситуации, в которых психотерапевт отсутст­вует. Таким образом, оптимальными условиями для проведения когнитивно-по­веденческой психотерапии можно считать естественную обстановку, с постепен­ным переходом от экспозиции под руководством психотерапевта к самостоятель­ному совладанию с пугающей ситуацией.

Интересная разновидность психотерапии в естественных условиях — вмеша­тельство по телефону, когда психотерапевты дают пациентам рекомендации по экспозиции к агорафобическим ситуациям in vivo или инструктируют, как справиться с паникой. Дру­гой разновидностью является вмешательство с использованием компьютера. Например, в одном из исследований клиентам закре­пляли на запястье миниатюрный компьютер со специальной программой, напо­минавший о необходимости изменить отношение к ситуации и оставаться в ней во время экспозиции in vivo, выполнить дыхательные упражнения, а также сло­весно подбодрить себя после экспозиции in vivo.

Когнитивно-поведенческое вмешательство может производиться в условиях стационара, что особенно показано при необходимости интенсивной психотера­пии (например, при ежедневных контактах с психотерапевтом), или когда рас­стройство у пациента настолько выражено, что он не может проживать дома. Кроме того, психотерапия в условиях стационара проводится по медицинским показаниям. Основным недостатком проведения психотерапии в таких условиях является плохая генерализация полученных навыков на естественную обстанов­ку. С целью преодоления этой проблемы проводятся специальные переходные и поддерживающие сессии в амбулаторных условиях или на дому у клиента.

**Формат**

Форма проведения вмешательства может быть индивидуальной или групповой. В ряде клинических исследований использовался групповой формат. Тот факт, что результаты групповой психотерапии в целом согласуются с результатами инди­видуальной, свидетельствует о приблизительной равноценности этих двух форма­тов. Лишь в одном исследовании проводилось непосредственное сопоставление эффективности групповой и индивидуальной психотерапии в случае панического расстройства и агорафобии. Авторы сравнивали от 12 до 14 еженедельных сессий индивидуальной или групповой когнитивно-по­веденческой психотерапии (n= 20), хотя с теми, кто работал в групповом форма­те, проводились две дополнительные сессии продолжительностью 1 час. Два этих формата оказались одинаково эффективными, судя по тестовым показателям вы­раженности тревоги и агорафобии как непосредственно после вмешательства, так и полгода спустя. Вместе с тем индивидуальный формат психотерапии дал более стойкие результаты: генерализованная тревога и симптомы депрессии у этих кли­ентов были менее выражены спустя полгода после вмешательства. В другом иссле­довании было обнаружено, что групповое и индивидуальное вмешательство одинаково действенны. Очевидно, проблема сравнительной эф­фективности индивидуальной и групповой психотерапии требует дальнейшего изучения, однако имеющиеся данные свидетельствуют о большей эффективно­сти группового формата для устранения конкретных симптомов тревоги и агора­фобии. Заслуживает внимания, однако, тот факт, что эти группы обычно невелики и включают в себя от трех до восьми клиентов. С увеличением числа участников терапевтическая эффективность может уменьшиться.

**Компоненты когнитивно-поведенческой психотерапии**

В этом разделе описаны компоненты методики разработанного нами когнитивно-поведенческого вмешательства по контролю паники. Далее в этой главе они объ­единены в пошаговую программу вмешательства.

**Когнитивное реструктурирование**

Изначально когнитивная психотерапия не использовалась для коррекции оши­бочных представлений о физических ощущениях, а была направлена на выработ­ку в тревожных ситуациях стратегий совладания. Мы называем это «копинг-ориентированная когнитивная психотерапия». Пер­вые результаты исследований сравнительной эффективности поведенческих и копинг-ориентированных когнитивных вмешательств при агорафобии были по­лучены группой ученых. Авторы сопоставляли парадоксальную интенцию, градуированную экспозицию и про­грессивную мышечную релаксацию, хотя все участники исследования проводили самостоятельную экспозицию in vivo в промежутках между сессиями. При оценке непосредственно после вмешательства и спустя три месяца метод парадоксальной интенции имел сходную эффективность с градуированной экспозицией и релак­сацией, если судить по количеству улучшений, однако после его применения па­тологические симптомы сохранились у гораздо большего числа пациентов. Авто­ры повторили свое исследование с привлечением в два раза большего количества участников. В отличие от первого проекта эффективность методов вмешательства оказалась практически одинако­вой. Тот же результат был получен и в третьем исследовании. Таким образом, копинг-ориентированное когнитивное вмешательство по эффективности не уступает поведенческому, хотя во всех исследованиях оно со­четалось с самостоятельной экспозицией к тревожной ситуации, что само по себе является поведенческой стратегией. Было проведено и другое исследование, не­сколько отличающееся по дизайну от уже описанных. Изуча­лась сравнительная эффективность трех терапевтических комбинаций: когнитив­ной психотерапии в сочетании с самостоятельной экспозицией и экспозицией под руководством психотерапевта; релаксации в сочетании с самостоятельной экспозицией и экспозицией под руководством психотерапевта; и собственно са­мостоятельной экспозиции и экспозиции под руководством психотерапевта. И вновь не удалось выявить практически никаких значимых отличий, хотя ис­пользование когнитивной психотерапии позволило достичь более выраженных и стойких изменений. В отсутствие самостоятельной экспозиции Эммелкемп с коллегами обнаружили, что копинг-ориентированная психотерапия (рационально-эмотивная психотерапия и тренинг самоинструктирования) при агорафобии была гораздо менее эффективной по сравнению с длительной экспозицией in vivo, судя по самоотчетам и целому блоку поведенческих тестов на тревогу и избега­ние.

Современные методы когнитивной психотерапии нацелены на коррекцию оши­бочных представлений о физических ощущениях и высокоэффективны при аго­рафобии умеренной выраженности, а полученные результаты превосходят или сопоставимы с таковыми при приме­нении релаксации, хотя когнитивные навыки способствуют более длительному уменьшению тревоги. Успеха можно достичь и при выраженной агорафо­бии. Например, когнитивная психотерапия такого типа оказалась более эффек­тивной, чем экспозиция с целью овладения навыками, для стационарных пациен­тов с умеренной и тяжелой агорафобией, которым проводилось интенсивное вме­шательство в течение шести недель, а также для пациентов с варь­ирующей выраженностью агорафобии при курсе продолжительностью восемь недель. С другой стороны, Бушар с коллегами обнаружили, что когнитивная психотерапия была несколько менее эффективной по сравнению с экспозицией in vivo для пациентов с варьирующей выраженностью агорафобии. Основанные на экспозиции поведенческие страте­гии обычно используются для получения информации, позволяющей опроверг­нуть ошибочные суждения. Значение основанных на экспозиции стратегий для результативности когнитивной психотерапии пока неизвестно, хотя двухнедельная направленная когнитивная психотерапия с исключением экспозиции к тре­вожным ситуациям привела к снижению частоты и выраженности приступов па­ники во всех, за исключением одной, сериях из семи одиночных случаев.

**Тренировка дыхания**

Тренировка дыхания с самого начала стала одним из центральных компонентов ВКП и других сходных терапевтических стратегий, поскольку пациенты с ПР/ПРА часто в качестве симптомов панического приступа описывают симптомы гипер­вентиляции. Заслуживает внимания, однако, что сообщение о симптомах гипер­вентиляции далеко не всегда соответствует реальному положению дел: только 50% пациентов или даже меньше во время приступов паники действительно де­монстрируют снижение в крови концентрации углекислого газа.

Тем не менее концепция приступов паники с привлечением гипервентиля­ционной модели гласит, что приступы паники представляют собой вызванные стрессом изменения дыхания, которые воспринимаются как угрожающие и про­воцируют страх или же способствуют усилению страха, вызванного внешними пугающими стимулами. Было обнаружено, что шесть сессий, посвященных тренировке дыхания, дважды в неделю уменьшают число панических приступов с 10 до 4 в неделю. Вместе с тем это вмешательство было не более эффективным по сравнению с по­вторной гипервентиляцией и приобретением навыков контроля симптоматики за счет дыхания в мешке или идентификации значимых стрессоров и решения про­блем. Опубликовано два сообщения об успешном применении дыхательных уп­ражнений в контексте когнитивных вмешательств, когда пациентов обучали ин­терпретировать физические ощущения как не таящие в себе угрозу. Кларк с коллегами опубликовали результаты более крупного, хотя и не контролируемого исследова­ния, в ходе которого 18 пациентов с ПР/ПРА участвовали в двух сессиях, прово­дившихся раз в неделю и посвященных тренингу по контролю дыхания и когни­тивной реатрибуции значения симптомов. Частота и выраженность приступов паники за это короткое время заметно снизилась, особенно у лиц без тяжелой агорафобии. Другие авторы провели со своими девятью пациентами четыре еженедельные сессии, посвященные принудительной гипер­вентиляции, предоставлению корректировочной информации и дыхательному тренингу, после чего в случае необходимости проводилась экспозиция in vivo к агорафобическим ситуациям. После тренинга контроля дыхания приступы па­ники стали реже, их частота снизилась с семи до трех в неделю.

Хотя результаты исследований демонстрируют высокую эффективность крат­косрочных терапевтических вмешательств, возникает несколько вопросов. Во-пер­вых, для участия обычно отбирались только те, у кого панические приступы со­провождаются симптомами гипервентиляции, следовательно, нельзя судить о возможности распространить результаты на всю популяцию. С другой стороны, это может быть и тупиковый ход, поскольку механизм развития приступа не обя­зательно связан с нарушением дыхания. Итак, проанализировав эффективность вмешательств и сопоставив с механизмом их действия, исследователи пришли к выводу, что дыхательные упражнения, ве­роятно, способствуют изменениям не за счет собственно изменений в дыхатель­ной системе, а благодаря тому, что в процессе их выполнения пациент отвлекается и/или обретает контроль над собой. Во-вторых, неясно, является ли тренировка дыхания сама по себе достаточной для снижения выраженности агорафобии, по­скольку в нескольких исследованиях показано, что добавление в программу вме­шательства дыхательных упражнений не улучшило результативность по сравне­нию с изолированной экспозицией in vivo. В-третьих, протоколы тренировки дыхания обычно включают в себя ког­нитивное реструктурирование и интероцептивную экспозицию. Следовательно, нельзя приписывать получаемые результаты исключительно дыхательным упраж­нениям.

**Прикладная релаксация**

Вид релаксации, известный как прикладная релаксация (applied relaxation), по­зволяет получить обнадеживающие результаты при терапии панических присту­пов. Прикладная релаксация включает в себя тренинг по прогрессивной мышеч­ной релаксации (ПМР; progressive muscle relaxation, PMR), что важно, пока пациен­ты не освоят связанную с контролем стимулов релаксацию, которая используется при терапевтической экспозиции к ситуациям с возрастающим уровнем тревож­ности. Пока не удалось создать теоретическую базу для использования релакса­ции при панических приступах, хотя давно известно о соматических последстви­ях мышечного напряжения, которое часто возникает на фоне тревоги и страха. Тем не менее пока не накоплено достаточно данных в поддержку этого положе­ния. Есть и другое мнение, согласно которому страх и тревога при мышечной релаксации отступают, как и при дыхательных уп­ражнениях, потому, что человек обретает ощущение контроля над происходящим. Процедуры и механизмы, ответственные за терапевтическое действие релаксации, особенно туманны в случае ее приклад­ных форм, которые используются лишь при экспозиции к вызывающим тревогу ситуациям.

**Интероцептивная экспозиция**

Целью интероцептивной экспозиции является уменьшение боязни специфиче­ских физических ощущений путем повторной и систематической экспозиции к ним. Это достигается упражнениями, вызывающими ощущения, сходные с пани­ческими симптомами, например нагрузка на сердечно-сосудистую систему, вды­хание углекислого газа, вращение в кресле и гипервентиляция. Экспозиция про­водится с возрастающей интенсивностью. В ряде исследований была продемон­стрирована эффективность интероцептивной экспозиции без привлечения других терапевтических стратегий. Несколько десятилетий назад разные авторы наблю­дали значительное снижение реактивности после повторных инфузий лактата натрия, препарата, вызывающего такие же физические ощущения, как при пани­ке. Вместе с тем исследователи не проводили наблюдений за реальными паническими приступами. Другие авторы оценивали сравнительную эффективность вдыха­ния углекислого газа в возрастающей концентрации и введение пропранолола (бета-блокатор, способный подавлять симптомы, вызванные вдыханием углеки­слого газа) продолжительностью две недели. Вдыхание углекислого газа привело к снижению частоты панических приступов в среднем с 12 до 4, что превосходило результаты, полученные при введении пропранолола. Кроме того, ингаляционное вмешательство, судя по самоотчетам пациентов, способствовало более значитель­ному снижению страха физических ощущений. Шестимесячное проспективное наблюдение подтвердило стойкость полученных терапевтических результатов, хотя авторы не сообщают об изменении частоты панических приступов. Сравни­тельно недавно получил подтверждение вывод о том, что вдыхание углекислого газа помогает уменьшить страх физических ощущений. Более того, ингаляционная терапия в течение шести сессий позволила уменьшить число приступов паники и связанных с ними страхов, хотя практиче­ски не оказала влияния на агорафобию. Наконец, недавнее исследование влия­ния физических упражнений позволяет рассматривать их в качестве одного из вариантов интероцептивной экспозиции. Брукс с коллегами сопоставили действенность упражнений (в сочетании с поддерживающими кон­тактами с психотерапевтом раз в неделю), кломипрамина и лекарственного плаце­бо на протяжении 10 недель. В качестве физических упражнений использовались четырехмильные пробежки трижды в неделю. Несмотря на высокий процент отсева из этой группы (31%), физические упражнения оказались более эффективным по сравнению с плацебо. В то же время кломипрамин оказался эффективнее их обоих.

**Экспозиция in vivo**

Как уже говорилось, экспозиция in vivo означает повторное, систематическое, приближенное к реальной жизни воздействие — в данном случае агорафобических ситуаций. Экспозиция in vivo может осуществляться несколькими способа­ми: под руководством психотерапевта и самостоятельно (что было описано в пре­дыдущем разделе), массированно или с промежутками времени, градуированно или интенсивно, с длительным пребыванием в ситуации или возможностью из нее уйти, с привлечением к ней внимания или с отвлечением.

**Массированная/прерывистая экспозиция**

Максимальная интенсивность экспозиционной терапии составляет 3-4 часа в день, пять дней в неделю. Длительные непрерывные сессии принято считать более эффективными по сравнению с короткими и прерывистыми. Пока нет единого мнения об оп­тимальной частоте повторной экспозиции. Группа исследователей провела сравнительную оценку эффективности 10 ежене­дельных и такого же числа ежедневных сессий экспозиционной терапии in vivo для 11 пациентов с агорафобией (кросс-секционный проект). После массирован­ного вмешательства были получены очень хорошие краткосрочные эффекты. Тем не менее Барлоу считает, что по ряду причин предпочтительна прерывистая экспозиция: процент отсева участников гораздо выше при массиро­ванном вмешательстве; число рецидивов после массированной экспозиции обычно выше; быстрые изменения пациента часто с трудом воспринима­ются членами его семьи. Вместе с тем эти закономерности отнюдь не универсаль­ны: так, 36 человек (приблизительно половина которых страдала агорафобией, а другая половина — простыми фобиями по критериям DSM-IH-R) были приписаны к массированной или прерывистой экспозиции. С каждым из них были проведены 10 сессий прогрессивной экспозиции in vivo, а также тре­нинг респираторного контроля, использовались техники отвлечения и парадок­сальной интенции. Прерывистая экспозиция проводилась один раз в неделю, а массированная — ежедневно. Оба типа вмешательства дали сходный эффект не­посредственно по окончании и шесть месяцев спустя. Не выявлено различий в проценте отсева участников из двух групп, а также в числе рецидивов на протя­жении полугода проспективного наблюдения. Однако несколько пациентов отка­зались от массированной экспозиции, что могло стать причиной накладок, свя­занных с формированием выборки. Кроме того, руководитель проекта отметила, что полученные результаты, возможно, не подлежат генерализации, поскольку прерывистая экспозиция перемежалась домашними заданиями, которые сами по себе могли дать определенный эффект. Тем не менее, по мнению исследователь­ницы, выбор массированной или прерывистой экспозиции зависит от совместно­го решения психотерапевта и клиента.

К сожалению, ни в одном из исследований, посвященных ПР/ПРА, не ис­пользовался расширяющийся прерывистый график (expanding spaced schedule), который, в соответствии с «новой теорией отучения» (new theory of disuse) (Bjork & Bjork, 1992), является оптимальным для стойкого усвоения результатов науче­ния. «Расширяющийся график» подразумевает прогрессивное увеличение интер­валов между обучающими сессиями. Мы использовали этот график при страхе публичных выступлений, страхе высоты и страхе пауков и обнаружили, что при таком воздействии рецидивы в ходе проспективного наблюдения случались гораздо реже. Обращает на себя внимание тот факт, что высокая эффективность расширяющегося гра­фика сохранялась, несмотря на более высокую частоту сердечных сокращений у участников во время экспозиции и при страхе пауков, несмотря на более выра­женную тревожность, учащенный пульс и обостренное восприятие опасности по­сле окончания вмешательства. Эти наблюдения расходятся с теорией переработки эмоций, согласно которой привыкание в процессе трениров­ки предшествует стойкому уменьшению страха. И наоборот, те же наблюдения хорошо согласуются с представлениями о том, что трудности в процессе обучения способствуют стойкому усвоению приобретенных навыков. Хотя наши результаты ограничены специально подобранными выборками, они позволяют судить о возможностях распределения экспозиции во времени. Важное наблюдение было сделано в исследовании, посвященном боязни публич­ных выступлений: после первой экспозиционной сессии произошел непропор­ционально большой отсев участников в группе с равными промежутками между сессиями, особенно среди наиболее тревожных пациентов. Это свидетельствует о необходимости сокращения промежутков между экспозициями на начальном этапе вмешательства, поскольку слишком длительный перерыв перед второй экс­позицией вызывает выраженную тревогу ожидания и заставляет пациентов при­нять решение об отказе от терапии.

**Прогрессивная/интенсивная экспозиция**

Экспозиция in vivo обычно проводится в прогрессирующем формате, от менее трудных к более трудным ситуациям в индивидуальной иерархии. Однако интен­сивная экспозиция также эффективна. В одном из исследований терапевтические сессии проводились в массированном формате курсом от 6 до 10 дней подряд. Одна группа подвергалась неградуированной экспозиции (п = 25), начиная с наиболее тревожных ситуаций в иерархии избегания. Другая группа подвергалась прогрессивной экспозиции (и = 23), начиная с наименее тре­вожных ситуаций. Пациенты в выборке страдали тяжелой агорафобией; прибли­зительно треть в начале исследования не могли выйти из дому. Сразу после вме­шательства спустя восемь месяцев показатели обеих групп сравнялись (хотя, как ни странно, группа с прогрессивной экспозицией сочла вмешательство более тре­вожным). Вместе с тем неградуированная экспозиция позволила получить явно лучшие результаты, если судить по пятилетнему проспективному наблюдению: 76% пациентов, подвергнутых интенсивной экспозиции, и только 35% из группы с прогрессивной экспозицией сообщили о полном исчезновении симптомов. При добавлении в группу интенсивной экспозиции еще 104 человек были получены сходные результаты. В целом из 129 участников 78% полностью избавились от патологических симптомов, судя по самоотчетам по прошествии пяти лет. Такие поразительные результаты свидетельствуют о том, что интенсивное воздейст­вие может быть весьма эффективным (во всяком случае, когда проводится в мас­сированном формате). Пока неясно, можно ли распространить полученные ре­зультаты на прерывистую экспозицию. В настоящее время мы в Бостоне занима­емся проверкой эффективности краткосрочной интенсивной экспозиции. В любом случае, уже сейчас можно утверждать, что те, кто соглашается на интенсивную экспозицию, достигнут таких же, если не лучших, результатов, как при прерыви­стой или прогрессивной экспозиции.

**Возможность уйти/длительное пребывание в ситуации**

Продолжение экспозиции in vivo до уменьшения тревоги — золотое правило в со­ответствии с моделью угасания страха. Аналогичным образом тео­рия переработки эмоций, предложенная Фоа и Козаком, гла­сит, что для получения стойкого результата необходима активация страха с по­следующим его уменьшением непосредственно на сессии. В соответствии с этим доказана действенность продолжительной экспозиции, когда отводится время для полного угасания тревоги. Вместе с тем есть мнение, что це­лесообразно рекомендовать клиентам при чрезмерно выраженной тревоге пре­кращать экспозицию. Группа исследователей также получила хорошие результаты без длительного под­держания у пациентов высоких уровней тревоги в пугающих ситуациях. Не мень­ших успехов добились и другие авторы независимо от того, было ли позволено участни­кам прекращать экспозицию к тревожной ситуации при достижении уровня тре­воги 70 баллов по шкале от 0 до 100 (при условии, что за этим следовало немед­ленное возвращение в ситуацию) или рекомендовалось оставаться в ситуации до тех пор, пока тревога не достигнет своего пика и не снизится хотя бы на 50%. Ин­тересно, что в группе, которой было позволено прерывать экспозицию, уровень субъективного контроля был выше, а страх во время экспозиции соответственно ниже, чем в группе, которая была вынуждена оставаться в тревожной ситуации; таким образом, достижение максимального уровня страха, по-видимому, не обя­зательно для получения терапевтического эффекта. Все эти наблюдения позволя­ют утверждать, что угасание страха — не единственная причина эффективности экспозиционной терапии.

Модель терапевтического изменения, описанная Бандурой и Уильямсом, делает акцент на использовании ранее усво­енных навыков или «самоэффективности» в отличие от угасания страха или при­выкания. Термин «направляемое овладение навыками» подразумевает способ про­ведения экспозиции, а не собственно воздействие стимула. При этом корректиру­ются неадаптивные виды поведения, мешающие развитию самоэффективности и приводящие к выработке защитных приемов, а не собственных навыков. На­пример, клиентам рекомендуют вести машину расслабившись или идти по мосту, не держась за перила. Такое направленное овладение навыками поведения в тре­вожной ситуации оказалось более эффективным по сравнению с простой экспо­зицией к пугающим стимулам. Более того, владея необходимыми навыками, люди испытывают в процессе экспозиции не столь выраженную тревогу, т. е. результаты согласуются с други­ми наблюдениями, свидетельствующими о том, что уровень тревожного возбуж­дения не обязательно связан с эффективностью экспозиции для снижения страха.

Аналогичным образом концепция «сигналов безопасности» не придает решающего значения уровню тревоги, возникающей во время экспозиции. Рахман полагает, что эффективность экспозиционного вме­шательства может быть повышена путем введения таких сигналов. Например, вместо того чтобы ожидать снаружи клиента, вошедшего в супермаркет, психо­терапевт мог бы войти туда первым (сигнализируя тем самым о безопасности), а клиент, в свою очередь, последовал бы за ним. Исследователи сопоставили эф­фективность экспозиции с сигналами безопасности (n = 9) и стандартной экспо­зиции (n = 10) для терапии агорафобии на протяжении курса из четырех сессий под руководством психотерапевта и двух недель самостоятельной практики. Были выявлены определенные преимущества использования сигналов безопасности, особенно на этапе самостоятельной прак­тики. Хотя полученные результаты являются предварительными, они хорошо со­гласуются с уже известными фактами, в частности, что экспозиция может давать эффект и в отсутствие сравнительно выраженного страха с последующим привы­канием к нему. С другой стороны, использование сигналов безопасности порож­дает беспокойство о возможных рецидивах в случае их устранения. Экспозицию с сигналами безопасности целесообразно считать первым этапом вмешательства, за которым должна следовать экспозиция к тем же ситуациям, но уже без сигнала безопасности.

**Привлечение/отвлечение внимания**

Некоторые исследователи полагают, что экспозиция наиболее эффективна в том случае, если внимание пациента полностью направлено на объект фобии, а внут­ренние и внешние отвлекающие факторы сведены к минимуму. Было проведено несколько исследований с целью изучения роли отвлечения внимания при экспозиции к специфическим объектам страха, однако лишь одно из них было посвящено ПР/ПРА. Мы (Craske et al., 1989) про­водили экспозицию как под руководством психотерапевта, так и самостоятель­ную, пациентам с агорафобией в малых группах в течение 11 сессий. В одной из групп (n = 16) клиентам рекомендовалось внимательно наблюдать за своими фи­зическими ощущениями и мыслями во время экспозиции in vivo, мысленно напо­миная себе о необходимости не отвлекаться. В другой группе (n = 14) клиентам следовало выполнять специальные задания для отвлечения внимания во время экспозиции in vivo (например, подбирать рифмы к словам, произносить слова по буквам и т.д.), а также напоминать себе о необходимости отвлечься от пугающих физических ощущений и мысленных образов. Обе группы достигли сходных ре­зультатов непосредственно после вмешательства и на протяжении периода про­спективного наблюдения. Тем не менее в полном соответствии с наблюдениями за пациентами с обсессивно-компульсивным расстройством группа с фокусированной экспозицией показала лучшие результаты в конце периода проспективного наблюдения, в то время как в группе, использо­вавшей приемы отвлечения внимания, за тот же период показатели несколько ухудшились. Во всяком случае, наш опыт свидетельствует о том, что специфиче­ски структурированные упражнения на отвлечение внимания показывают роль сознательных процессов в возникновении того или иного уровня тревоги.

**Эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии**

Когнитивно-поведенческое вмешательство при паническом расстройстве счита­ется весьма эффективным. Далее приведены обобщающие сведения обо всех из­вестных нам рандомизированных исследованиях с группами контроля (большин­ство из которых уже нами обсуждались), руководители которых приводят дан­ные об исчезновении панических проявлений и хороших конечных результатах (отсутствие паники при наличии только ситуационно оправданной тревоги) как следствии наиболее эффективных видов когнитивно-поведенческого вмешатель­ства из тех, что были использованы. В этих исследованиях 76% участников, про­шедших полный курс вмешательства, непосредственно после него избавились от панических проявлений, а 78% достигли тех же результатов в конце проспективного наблюдения (по истечении двух лет), после 11 терапевтических сессий, при­чем 10% от первоначального количества пациентов досрочно прекратили тера­пию. Вместе с тем оценки эффективности терапии, основанные лишь на отсут­ствии панических проявлений, могут быть завышены. Около 52% пациентов не испытывают паники и избыточной тревоги непосредственно после вмешательст­ва, а 66% — в конце периода проспективного наблюдения. Следует отметить, что статус участников сохраняется или даже продолжает улучшаться и после оконча­ния активного вмешательства, на протяжении периода наблюдения. Кроме того, подобные вмешательства существенно повышают качество жизни.

Несмотря на эти обнадеживающие результаты, при ближайшем рассмотрении заметны некоторые изъяны. Во-первых, доля пациентов, избавившихся от пани­ческих проявлений, гораздо меньше в выборках с высоким уровнем агорафобии. Поскольку пациенты с выраженной агорафобией обыч­но исключаются из выборки, исследователи неизбежно переоценивают эффек­тивность когнитивно-поведенческой психотерапии для пациентов с паническим расстройством, многие из которых страдают тяжелой агорафобией. Кроме того, действенность вмешательства при наличии агорафобии гораздо меньше, чем при изолированном ПР (без агорафобии). Контрольные исследования эффективно­сти вмешательств при агорафобии дали следующие результаты: после 12 сессий и при 17% отсева 50% участников достигли значительного улучшения (т. е. нор­мативного уровня функционирования, смягчения или снижения дистресса по разным методам оценки) непосредственно после вмешательства, а 50% — в конце периода наблюдения.

Во-вторых, прослеживая статус каждого пациента на протяжении некоторого времени, исследователи обнаружили, что кросс-секционные данные могут силь­но отличаться от результатов проспективного наблюдения. Так, более трети па­циентов, которых сочли избавившимися от панических проявлений спустя 24 ме­сяца после вмешательства, в действительности испытали за предшествующий год один или несколько приступов паники. Кроме того, 27% выборки подвергались дополнительному вмешательству по поводу паники на протяжении периода проспективного наблюдения. Эти данные свидетельствуют о значительном числе рецидивов страха и необходимости разработки стратегий их профилактики. С другой стороны, более обнадеживающие результаты были получены при анализе статуса пациентов через 2-9 лет после некогнитивной экс­позиции in vivo: только у 18,5% из 81 пациента без панических проявлений непо­средственно после вмешательства возник рецидив, соответствующий критериям для постановки диагноза ПР/ПРА. Од­ним из возможных объяснений может служить то, что в первом случае использовались более строгие критерии (возобновление паниче­ских приступов или обращение за помощью), чем во втором. Тем не менее анализ результатов проспективного наблюдения показывает необ­ходимость разработки мероприятий по предупреждению рецидивов:

1). для минимизации рецидивов паники;

2). для принятия мер в случае возникновения новых приступов с целью про­филактики рецидива развернутого панического расстройства.

Новые перспективы для этого открываются в связи с теоретической дискус­сией по поводу контекст-специфических эффектов угасания страха, из чего сле­дует, что экспозицию следует проводить в максимально большом числе контек­стов, чтобы распространить приобретенные навыки на все ситуации, в которых может оказаться пациент после окончания вмешательства. Рецидив страха и паники более вероятен, если редукция страха проводилась в каком-то одном определенном контексте, например в при­сутствии психотерапевта. Мероприятия по поводу возобновления панических про­явлений с целью предупредить рецидив развернутого расстройства могут прово­диться в соответствии с первоначальной моделью и стратегиями декатастрофизации. В-третьих, большинство современных исследований эффективности вмешательств проводились на базе университетов или исследовательских учреж­дений при тщательном подборе пациентов (хотя в самых последних исследова­ниях критерии исключения сведены к минимуму). Соответственно главная за­дача — оценить, в какой мере методы и результаты вмешательства могут быть обобщены на другие условия и популяции с более выраженной патологией или какими-либо другими особенностями, смогут ли менее опытные и подготовлен­ные клиницисты воспользоваться этими методами и получить сходные результа­ты. Одно из направлений изучения этого вопроса — выявление предикторов отсе­ва участников вмешательства в исследовательских проектах. Как уже говорилось, в нашем исследовании одиночных и комбинированных эффектов имипрамина и когнитивно-поведенческой психотерапии при ПР с относительно умеренной агорафобией, неблагоприятными прогностическими признаками в плане отсева были низкий уровень образования участников и неблагоприятные условия жиз­ни (как функция низкого дохода семьи). Следовательно, мож­но ожидать, что в открытых популяциях процент отсева по этим причинам будет еще выше.

Как ни странно, тяжесть патологии и наличие сопутствующих заболеваний не были прогностически значимыми для отсева участников в нашем исследовании. Безусловно, требуется более прямая оценка эффективности этих вмешательств в обычных, не лабораторных условиях. Именно этим занимаются Уэйд с колле­гами, использующие систему эталонных тестов для проверки эффективности вмешательства при сравнении результатов, полученных на базе общественного центра психического здоровья и исследовательских учреждений. Пациентам в количестве НО человек была проведена когнитивно-поведенческая психотерапия по поводу ПР/ПРА, которая при необходимости сочеталась с фар­макотерапией. Психотерапевты прошли специальную подготовку. Как и в на­шем исследовании на базе нескольких центров, завершение курса вмешательства положительно коррелировало с числом лет обучения; процент отсева по причи­нам иным, чем решение психотерапевта, был практически таким же, как в нашем исследовании (21 и 26%). (Заметим, что эти показатели несколько превышают обычный отсев при использовании когнитивно-поведенческой психотерапии, воз­можно, из-за применения лекарственных препаратов.) В целом удельный вес па­циентов, избавившихся от панических проявлений, и тех, кто по результатам раз­личных измерений достиг нормативного уровня функционирования, был сходен с данными, полученными в лабораторных условиях. Возникает следующий во­прос: можно ли получить такие же результаты в других условиях (например, в амбулаторном учреждении) и с привлечением менее подготовленных психоте­рапевтов.

**Влияние вмешательства по поводу паники на агорафобию**

Еще одним важным вопросом является влияние когнитивно-поведенческой пси­хотерапии при паническом расстройстве на проявления агорафобии. Способно ли нацеленное на панику вмешательство само по себе оказать воздействие на агора­фобию и есть ли смысл сочетать такое вмешательство с поведенческой терапией in vivo для получения лучших результатов? К сожалению, чтобы ответить на пер­вую часть вопроса, эмпирических данных пока недостаточно, хотя группа авторов не обнаружила положительного влияния на агорафобию четырехнедельного курса когнитивной, нацеленной на панику психотерапии. Возможно, однако, что этого курса оказалось недостаточно: другие исследователи выяснили, что во­семь еженедельных сессий, посвященных тренировке дыхания и когнитивному реструктурированию связанных с паникой ошибочных суждений, имели такую же эффективность, как и разъяснение способов проведения самостоятельной экс­позиции in vivo такой же продолжительности и комбинация этих двух подходов в равных соотношениях. Аналогичные результаты были получены и в процессе про­спективного наблюдения. Кроме того, как уже говорилось, есть основания полагать, что когнитивная психотерапия при связанных с паникой ошибочных суждениях может быть столь же эффектив­ной, как и направляемая экспозиция in vivo с целью овладения навыками.

Что касается второй части вопроса, ряду исследователей не удалось обнару­жить дополнительного влияния на агорафобию когнитивного вмешательства, на­правленного главным образом на страхи физических ощущений. Напри­мер, одна группа авторов оценила сравнительную эффективность четырех сессий когнитивной психотерапии, за которыми следовали восемь сессий когнитивной терапии плюс экспозиция in vivo, и четырех сессий ассоциативной психотерапии с последующим проведением восьми сессий экспозиции in vivo. Когнитивная психотерапия не потенцировала экспозиционной пси­хотерапии. Кроме того, тренировка дыхания и повторная интероцептивная экс­позиция к гипервентиляции не повышали эффективности экспозиции in vivo при агорафобии. С другой стороны, те, кто сочетал само­стоятельную интероцептивную экспозицию с самостоятельной же экспозицией in vivo и тренировкой дыхания, с большей вероятностью достигали 50%-ного улуч­шения в проявлении фобических страхов и избегания.