

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ CLINICAL PSYCHOLOGY



УДК 159.9

Оригинальное эмпирическое исследование

<https://doi.org/10.23947/2658-7165-2025-8-3-56-67>



XRQKWN

Особенности психотерапии клиентов с паническим расстройством

Елена А. Горбатова

Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

✉ el_gorbatova@mail.ru

Аннотация

Введение. Статья посвящена описанию этапов психологического сопровождения клиентов, переживающих паническое расстройство. Паническое расстройство представляет собой психоэмоциональное нарушение, характеризующееся повторяющимися паническими атаками. Это состояние ухудшает качество жизни пациента, приводя его к социальной изоляции и ограничению активности. Актуальность исследования обусловлена запросами практики, так как с каждым годом увеличивается количество людей, страдающих данным расстройством.

Цель. Выявить проблемные области психотерапии клиентов с паническим расстройством и предложить рекомендации, способные положительно повлиять на процесс работы.

Материалы и методы. В исследовании были использованы диагностические методики: скрининговый опросник для выявления панических атак и Шкала тревоги Бека. В качестве терапевтического инструментария были выбраны: методы гештальт-терапии, логотерапии, схема-терапии и телесно-ориентированной терапии.

Результаты исследования. В работе дано развернутое описание реальных случаев из практики психолога и уделено внимание технологиям работы с клиентами, которые страдают расстройством данного типа. Описаны этапы работы с паническим расстройством: информирование человека о природе панической атаки; работа с первичной травмой; создание у клиента более эффективной привычки, предотвращающей повторные приступы панической атаки; возвращение пациента к гармоничной жизни. В результате все клиенты продемонстрировали купирование приступов панической атаки и возвращение к полноценной жизни.

Обсуждение результатов. Работа с паническим расстройством включает четыре этапа, каждый из которых направлен на решение конкретных задач, и требует комплексного подхода, сочетающего когнитивные, поведенческие и глубинные методы терапии. Успех лечения зависит от готовности пациента к активному участию в процессе и от поддержки его близких. Современные терапевтические стратегии позволяют не только снизить интенсивность панических атак, но и помочь пациенту обрести контроль над своей жизнью. Алгоритм работы и представленные техники психотерапии могут быть рекомендованы для разработки индивидуальных программ реабилитации людей, переживающих паническое расстройство.

Ключевые слова: паническая атака, паническое расстройство, страх смерти, психологическая самопомощь, психотерапия

Для цитирования. Горбатова, Е. А. (2025). Особенности психотерапии клиентов с паническим расстройством. *Инновационная наука: психология, педагогика, дефектология*, 8(3), 56–67. <https://doi.org/10.23947/2658-7165-2025-8-3-56-67>

Features of Psychotherapy of Clients with Panic Disorder

Elena A. Gorbatoва 

St. Petersburg State Institute of Psychology and Social Work, St. Petersburg, Russian Federation

✉ el_gorbatova@mail.ru

Abstract

Introduction. This article is devoted to the description of the stages for psychological support of clients experiencing panic disorder. Panic disorder is a psychoemotional disorder characterized by recurrent panic attacks. This condition worsens the patient's quality of life, leading to social isolation and restriction of activity. The relevance of the study is due to the demands of practice, as the number of people suffering from this disorder increases each year.

Objective. Identify problematic areas for psychotherapy of clients with panic disorder and offer recommendations that can positively influence the work process.

Materials and Methods. Diagnostic techniques were used in the study: the Panic Attack Screening Questionnaire and the Beck Anxiety Scale. As therapeutic tools, methods of Gestalt therapy, logotherapy, schema therapy and body-oriented therapy were chosen.

Results. The paper gives a detailed description of real cases from the psychologist's practice and pays attention to the technologies of work with clients who suffer from this type of disorder. The stages of work with panic disorder are described: informing the person about the nature of panic attack; working with the primary trauma; creating in the client a more effective habit preventing repeated panic attacks; returning the patient to a harmonious life. As a result, all clients demonstrated resolution of panic attack attacks and a return to a fulfilling life.

Discussion. Working with panic disorder involves four stages, each of which is aimed at solving specific problems and requires a comprehensive approach that combines cognitive, behavioral, and depth therapies. The success of treatment depends on the willingness to actively participate in the process and the support of their loved ones. Modern therapeutic strategies allow not only to reduce the intensity of panic attacks, but also to help the patient gain control over his life. The algorithm of work and the psychotherapy techniques can be recommended for the development of individual rehabilitation programs for people experiencing panic disorder.

Keywords: panic attack, panic disorder, fear of death, psychological self-help, psychotherapy

For Citation. Gorbatoва, E. A. (2025). Features of psychotherapy of clients with panic disorder. *Innovative science: psychology, pedagogy, defectology*, 8(3), 56–67. <https://doi.org/10.23947/2658-7165-2025-8-3-56-67>

Введение

Окружающий нас мир с его быстрым ритмом жизни, информационной перегрузкой, экономической и политической нестабильностью создает благоприятную почву для распространения расстройств тревожной этиологии. Влияние данных обстоятельств чувствует так или иначе каждый индивидум: у некоторых усиливается чувство неуверенности в завтрашнем дне, у других повышается уязвимость, способствуя появлению тревожности и депрессии. А в отдельных случаях тревожность достигает неконтролируемого уровня, проявляясь в виде различных физических и эмоциональных симптомов (учащенное сердцебиение, чувство удушья, головокружение, слабость, чувство страха смерти и др.). В международной классификации болезней (МКБ-10 (1998). *Паническое расстройство*. Российское общество психиатров) такое состояние называется панической атакой. Паническая атака (ПА) – внезапный эпизод сильного, неконтролируемого страха, который сопровождается целым рядом вегетативных симптомов при отсутствии соматических отклонений от нормы (МКБ-10 (1998). *Паническое расстройство*. Российское общество психиатров). Приступы обычно проявляются у людей молодого возраста и продолжаются в течение 5–20 минут. ПА приводят к «развитию психических расстройств, психосоматических заболеваний, социальных ограничений и угнетению психоэмоционального состояния» (Михальчи, 2019, с. 44).

Мы можем говорить о паническом расстройстве в том случае, когда у клиента сформирован страх ожидания новой ПА и, как следствие, охранительное поведение, то есть избегания мест и ситуаций, в которых уже возникала ПА. Паническое расстройство (ПР) – психическое расстройство, которое проявляется повторными паническими приступами, возникающими спонтанно, без связи с опасными для жизни ситуациями, сопровождающееся страхом ожидания очередного приступа (Паническое расстройство (2023) Клинические рекомендации. Москва: Общественная организация «Российское общество психиатров»). С ПА клиенты приходят к врачу, а к психологу они попадают уже с ПР, описывая следующие симптомы: стойкое нарушение качества жизни, которая сводится теперь к постоянному ожиданию нового приступа и регулярным походам к врачам. Детально и с полным погружением они описывают, как пошли к врачу, сдали все анализы, получили хорошие результаты, ненадолго обрадовались, но потом засомневались и пошли к другому врачу. Практически всегда исповедь заканчивается словами:

«Мне уже 3 (4, 5) врача сказали, что у меня все в порядке. Я правда еще к одному записался... Не знаю, зачем... А Вы точно знаете, что я здоров?» (с недоверием и надеждой).

ПР – это не болезнь, а психоэмоциональное нарушение, и до сих пор не существует однозначного представления о причинах его возникновения. Среди возможных детерминант запуска нарушения исследователи называют следующие факторы: наследственность, психологические травмы, полученные в детском возрасте, соматическое нарушение, неврологические заболевания, наличие хронического стресса или личностные особенности. Диагноз устанавливается психотерапевтом и врачами общей практики на основании:

- клинического интервью (выявление симптомов и их влияния на качество жизни);
- психиатрического и соматического обследования (важно исключить сердечно-сосудистые заболевания, тиреотоксикоз, гипогликемию, тревожные расстройства, депрессию, биполярное расстройство и т. д.);
- психометрических тестов (чаще других используют: Скрининговый опросник для выявления панических атак (PSQ) (Spitzer, 1999), Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) (МКБ-10 (1998). *Паническое расстройство*. Российское общество психиатров), Интегративный тест тревожности (ИТТ), Шкалу тревоги Бека (BAI) (Beck, 1961).

Симптомы, на которые ориентируются при постановке диагноза «Приступ панической атаки»:

- ускоренное сердцебиение, боль в области сердца;
- дрожь, озноб и повышенная потливость;
- поверхностное дыхание, ощущения удушья;
- скачок артериального давления и головокружение;
- возможны тошнота, позыв к мочеиспусканию или дефекации;
- страх смерти и чувство деперсонализации.

Приступ длится несколько минут, при этом он не обусловлен органическим расстройством или провоцирующей ситуацией.

Для постановки диагноза «Паническое расстройство» к вышеизложенным симптомам добавляются следующие:

- приступы повторяются с определенной периодичностью;
- сформирован страх повторения приступа;
- появляется избегающее поведение;
- нарушается привычный жизненный стереотип (МКБ-10 (1998). *Паническое расстройство*. Российское общество психиатров).

Целью терапии в работе с ПР является возвращение клиента к полноценной жизни через обретение им контроля над приступами паники. В связи с вышесказанным цель нашего исследования состоит в выявлении проблемных областей психотерапии клиентов с паническим расстройством и в предложении рекомендаций, способных положительно повлиять на процесс работы. Практическая значимость такого исследования заключается в возможности разработки индивидуальных программ реабилитации для людей, переживающих паническое расстройство. Результаты исследования могут быть использованы специалистами в области медицины, психологии и клинической психологии.

Материалы и методы

В статье дано развернутое описание трех реальных случаев из практики психолога. До начала терапевтической работы и по ее окончании клиентам были предложены диагностические методы: «Скрининговый опросник для выявления панических атак» (PSQ) (Spitzer, 1999); «Шкала тревоги Бека» (BAI) (Beck, 1988). Целью применения скринингового опросника PSQ было выявление симптомов панического расстройства, которое регистрируется при согласии клиента со всеми утверждениями первой части опросника и с любыми четырьмя утверждениями из второй части. Целью применения шкалы Бека BAI была оценка степени выраженности тревожного расстройства: значения от 36 до 63 баллов свидетельствуют об очень высокой тревоге.

Со всеми клиентами была проведена терапевтическая работа, которая заняла от 11 до 14 месяцев. Работа проводилась в индивидуальном порядке. При работе с первичной травмой был использован метод десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ) (Shapiro, 2001). Для создания у клиента более эффективной привычки, предотвращающей повторные приступы панической атаки, были выбраны методы когнитивно-поведенческой терапии, направленные на коррекцию дисфункциональных убеждений (Ковпак, 2021). Для возвращения клиента к гармоничной жизни в качестве терапевтического инструментария были использованы методы гештальт-терапии, логотерапии, схема-терапии и телесно-ориентированной терапии. Результаты изменения состояния участников оценивались с помощью наблюдения, беседы и вторичного тестирования.

Результаты исследования

В исследовании приведены три случая из практики (все имена изменены).

Виктория, 51 год. Обратилась с ПР, которое проявлялась в следующих симптомах: ускоренное сердцебиение, учащенное дыхание, дрожь, озноб, ощущение удушья, полуобморочное состояние, чувство деперсонализации, страх смерти. Три года назад ПР впервые вошло в ее жизнь. После обхода всех врачей она попала к психиатру,

который объяснил ей природу ПА и выписал таблетки. *«Я решила пропить лекарства, но я с самого начала знала, что они мне не очень-то и нужны. Меня вылечило знание, что у меня нет смертельных заболеваний»*. Когда расстройство вернулось во второй раз, она обратилась к тому же психиатру, но на этот раз лекарства не помогли. Очевидно, что второй приход ПР свидетельствовал о созревшей необходимости работы с переустройством жизни.

Виктория много лет назад вышла замуж за иностранца и переехала в другую страну. По специальности работу не нашла, так как местный язык не знала, и временно устроилась упаковщицей товаров. У мужа подрастали свои дети (живущие с бывшей женой), поэтому детей пока решили не заводить, чтобы уже существующим детям не было обидно. Она переехала в дом мужа, где все было обустроено не так, как ей хотелось бы, но ей было неловко просить его не только переделать что-то «под нее», но и выделить ей угол под ее вещи и интересы. Общение с друзьями мужа не сложилось, так как все они (как и муж) были старше ее лет на 10, к тому же мешал языковой барьер. Прошло 26 лет. На момент нашей встречи Виктория работала упаковщицей, не имела детей, друзей и своей комнаты (в большом частном доме). Единственной отдушиной было общение с сестрой, живущей в России.

Очевидно, что в основе ее ПР лежали следующие психологические факторы: подавление собственных желаний, откладывание жизни на потом и склонность к социальному избеганию. Причиной, запустившей расстройство, скорее всего, стал экзистенциальный кризис. Терапия была направлена на преодоление страха перемен и стремления соответствовать ожиданиям окружающих при игнорировании собственных потребностей. Работа осуществлялась с помощью гештальт-терапии: учились осознавать телесные ощущения, выражать свои чувства и опознавать ситуации, где нарушаются личные границы. Поскольку работали мы через онлайн-контакт, телесно-ориентированная терапия была задействована в крайне малом формате. Параллельно Виктория начала экспериментировать со своей реальной жизнью, постепенно обретая над ней контроль. На местной бирже труда она нашла курсы, которые позволили ей через полгода стать менеджером, а потом и управляющим в ресторанном бизнесе. Походив по разным кружкам для взрослых, она остановилась на танцевальной студии, в которой постепенно обрела хороший круг знакомых. Свою тоску по неосуществленному материнству она заменила волонтерской практикой в детской больнице и приобретением щенка. Терапия шла на фоне приема лекарств и сопровождалась множеством откатов. Если к терапевтическим сессиям Виктория относилась с воодушевлением, то мероприятия, направленные на изменение реальной жизни, вызывали у нее стойкое сопротивление. На полную ремиссию ушло 14 месяцев.

Александр, 32 года. Обратился с симптоматикой: ускоренное сердцебиение, боль в области сердца, нехватка воздуха, парализующий страх смерти, а потом – позыв к дефекации. Приступы повторялись в течение трех месяцев 1–2 раза в неделю, а в свободное от них время он либо прислушивался к себе, либо посещал врачей. К моменту нашей встречи он догадывался, что у него ПР, но от идеи смертельного заболевания не отказался. Методами самопомощи Александр не заинтересовался, был очень настроен на внешнюю помощь. Основным рефреном было: *«Вылечите меня!»*. Очень значимой для Александра стала работа с первичной травмой. Впервые паника застигла его в парке на прогулке. Мимо проходили парни, которые разговаривали друг с другом резкими голосами. Они прошли мимо, а у него случился приступ ПА. Острая потребность сходить в туалет заставила его бежать к дому, после чего все прошло. На следующий день такой же приступ случился на работе. В процессе отработки ситуации в парке (с помощью ДПДГ), Александр вспомнил ситуацию, которая произошла с ним в том же парке, когда ему было 8 лет (два парня напали на него). После отработки ситуации приступы стали реже проявляться, но не прошли. Способствовали позитивной динамике парадоксальные предписания: каждый вечер он выходил на получасовую прогулку в «тот самый» парк.

Параллельно шла работа с включением Александра в полноценную жизнь. Год назад он женился. До 31 года жил с родителями и имел с ними очень теплый доверительный контакт. Эти отношения сложились очень рано: из-за подростковых выходок старшего брата Александр принял решение: *«Никогда не огорчать родителей»*. И ему это удавалось все эти годы. Работал Александр геологом в НИИ вместе с отцом. Профессией гордился: *«Потомственная!»*. Его девушку родители не одобрили, но на свадьбу подарили квартиру. На своей лестничной площадке. Предполагалось, что будут дружить семьями. Не получилось. Мало того, что молодая жена требовала немедленной сепарации с родителями (продать квартиру и переехать в другой конец города), она еще и настаивала на смене работы: *«На эти деньги ты не сможешь кормить семью, тебе нужен бизнес»*. Несмотря на противостояние родителей, он предпринял попытку организовать коммерческий проект, однако потерпел финансовый крах. На вопрос: *«Чего же ты сам-то хочешь?»*, отвечал твердо и решительно: *«Чтобы всем было хорошо, и никто не расстраивался»*.

Очевидно, что в основе его ПР лежали следующие психологические факторы: подавление и отрицание собственных эмоций, страх перемен, неумение отстаивать свои границы. Причиной, запустившей расстройство, скорее всего, стали хроническая усталость, жизненный кризис и личностные качества (покладистость и уступчивость). С помощью логотерапии понемногу начали переводить фокус внимания с борьбы против симптома на активное взаимодействие с ним. Александр начал сознавать, что только благодаря расстройству он впервые задумался над своими целями, ценностями и перспективами. Но позитивной динамике очень мешало поведение близкого окружения: папа в ожидании приступа не отходил от него на работе, мама – дома, а жена не только сни-

зила напор, но и начала проявлять признаки сочувствия. Через 10 месяцев работы Александр принял решение уволиться из НИИ и уехать геологом «в поля», чтобы понять: *«На что я вообще способен»*. Жена после долгих раздумий поддержала. Поддерживающая терапия продолжалась еще 3 месяца. Приступы прекратились. Работа шла без поддержки фармакотерапии.

Елена, 25 лет. В первый раз признаки ПА появились на работе, когда она не справилась с задачей и начальник ее отругал; затем ситуация обострилась ипохондрией: любое отклонение здоровья от идеальной нормы сопровождалось дрожью, испариной, ускоренным сердцебиением, ощущением нехватки воздуха и страхом смерти. Елене хватило одной встречи, чтобы понять, что она не умирает и сможет сама справляться с новыми приступами через регуляцию дыхания. Однако она решила продолжить консультации, поняв, что ПА – это надводная часть проблемы, и надо разбираться с первопричиной пугающих симптомов.

Девочка росла в семье с доминантной бабушкой-учителем и истероидной неработающей мамой. В семье очень частой темой для разговора была нехватка денег. Бабушкина строгость и мамина вторичная беспомощность заставили ее в 14 лет пойти подрабатывать и отказаться от высшего образования (хотя училась очень хорошо и мечтала стать врачом). Получила специальность медсестры. Два с половиной года назад она вышла замуж за врача, переехала к нему. Муж предложил ей уйти с работы, подтянуть свой уровень с репетиторами и поступить в мединститут. Ей это удалось, однако через год Елена взяла академический отпуск и вернулась на работу с полным осознанием своей правоты.

В процессе консультации выяснилось, что мама с самого начала не одобрила ее учебу. Аргументов было много: *«Тебе это не нужно, медсестра – прекрасная женская профессия»*, *«Тебе уже слишком много лет»*, *«Ты все равно не справишься»*, *«А кто же мне будет помогать, если мне понадобятся деньги?»*, *«Ты должна уже сейчас зарабатывать СВОИ деньги, а то, когда муж бросит, останешься ни с чем»*. Последний аргумент сыграл решающую роль в выборе Елены. Также из ее исповеди стало понятно, что замужество не изменило ее положения в первичной семье: она по-прежнему оставалась «мамой своей мамы», виделась с ней каждый день, созванивалась по 5–6 раз ежедневно, брала на себя ее заботы и в то же время безоговорочно слушалась, чтобы не вступать в конфликты. Каждый раз после разговора с бабушкой, ни разу не забывшей сказать: *«Ты отвечаешь за свою маму, она дала тебе жизнь!»*, Елена чувствовала упадок сил, подавленность и безнадежность.

Можно предположить, что в основе ее ПР лежали следующие психологические факторы: подавление собственных желаний, стремление соответствовать ожиданиям окружающих при игнорировании собственных потребностей, неумение отстаивать свои границы. Причиной, запустившей расстройство, стала необходимость сепарации и нездоровые взаимоотношения с матерью. Терапия была направлена на «развод» с первичной семьей, простраивание границ с родственницами и осознание своего места в жизни. В основу работы легли методы схема-терапии. Начальный этап психотерапии был направлен на коррекцию дисфункциональных убеждений. Елена училась заменять катастрофические мысли: *«Мама без меня не справится с жизнью»*, *«Мама и бабушка отвернутся от меня»*, *«Я не вынесу, если они будут на меня злиться»* на рациональные: *«Мои родственницы будут недовольны моим выбором, и мне это будет неприятно, но терпимо»*. Параллельно Елена в реальной жизни ограничивала число звонков и походов к матери и вела структурированный дневник. Работа шла тяжело, с откатами в прошлое. Очень большую роль в преобразовании Елены сыграл ее муж, поддерживающий все ее решения.

При каждом новом шаге во взаимоотношениях с родственниками активизировались симптомы ПА, но это даже сыграло положительную роль в психотерапии. Изначально Елена отказывалась связывать в единое целое свое ПР и концентрацию на потребности в маминой похвале, а когда в ее голове это соединилось, она стала активнее участвовать в процессе. В ходе повторного проживания травматичных эпизодов, относящихся к детскому периоду, Елена начала заменять дезадаптивные паттерны на поддерживающие и формировать навыки самостоятельного принятия решений. Параллельно шла работа в рамках телесно-ориентированной терапии. Устранение мышечных блоков позволило уменьшить физические проявления ПА и сместить внимание на собственные цели.

Постепенно страх отвержения матерью трансформировался в потребность в самовыражении: Елена смогла дать отпор матери и постепенно перестроить отношения с домочадцами. К сожалению, растущая самодостаточность девушки в первую очередь обрушилась на безопасный объект, и больше всего «досталось» мужу, который все это стоически переживал. Приступы и всякое напоминание о них прекратились через полгода. Еще 5 месяцев ушло на поддерживающую терапию. Работа шла без поддержки фармакотерапии, что косвенным образом сказалось и на последующем выборе: она приняла решение не возвращаться в мединститут, а выучиться на психолога.

Результаты посттерапевтической диагностики. Все клиенты продемонстрировали купирование приступов ПА и возвращение к полноценной жизни. Количественные изменения отражены в таблицах 1 и 2.

Виктория до психотерапии набрала 4 балла по первой части методики и 8 баллов – по второй (констатировалось паническое расстройство). После прохождения психотерапии – 0 баллов и 2 балла (оставшиеся симптомы: *d* – «потливость» и *f* – «волны жара или холода» она объяснила проявлениями климакса, а не панической атаки). Можно констатировать отсутствие панического расстройства. Александр до психотерапии набрал 4 балла и 7 баллов (паническое расстройство), после прохождения психотерапии – 0 баллов (отсутствие панического рас-

стройства). Елена до психотерапии набрала 4 балла и 6 баллов (паническое расстройство); после прохождения психотерапии – 0 баллов (отсутствие панического расстройства).

Виктория до психотерапии набрала 58 баллов (высокая тревожность); после прохождения психотерапии – 17 баллов (низкая тревожность). Александр до психотерапии набрал 51 балл (высокая тревожность); после прохождения психотерапии – 9 баллов (низкая тревожность). Елена до психотерапии набрала 47 баллов (высокая тревожность); после прохождения психотерапии – 5 баллов (низкая тревожность) (таблица 2).

Качественные изменения прописаны в историях психотерапии.

Таблица 1

Результаты исследования по методике «Скрининговый опросник для выявления панических атак» до и после терапии

Исследуемые	До терапии		После терапии	
	Наличие приступов ПА	Отдельные симптомы, связанные с ПА	Наличие приступов ПА	Отдельные симптомы, связанные с ПА
Виктория	4	8	0	2
Александр	4	7	0	0
Елена	4	6	0	0

Таблица 2

Результаты исследования по методике «Шкала тревоги Бека» до и после терапии

Исследуемые	До терапии	После терапии
Виктория	58	17
Александр	51	9
Елена	47	5

Обсуждение и заключение

В работе с клиентами, страдающими ПР, можно выделить четыре этапа:

- информирование человека о природе ПА и обучение его методам самопомощи;
- работа с первичной травмой клиента;
- создание у клиента более эффективной привычки, предотвращающей повторные приступы ПА;
- включение клиента в полноценную жизнь.

Информирование человека о природе панических атак и обучение его методам самопомощи. Клиенту с ПР необходимо детально донести, какой физиологический процесс лежит в основе панической атаки, так как данная информация:

- отчетливо показывает, что жизни человека ничего не угрожает;
- содействует передаче ответственности за исход терапии клиенту;
- удовлетворяет потребность человека с подобным недугом контролировать процесс выздоровления.

Объяснение может выглядеть следующим образом:

ПА – это естественная защитная реакция организма, возникающая из-за ошибочной оценки угрозы. Если мозг интерпретирует ситуацию как опасную, активируется миндалевидное тело. Оно стимулирует выброс адреналина и кортизола, которые мобилизуют организм, подготавливая его к действиям в критической ситуации. Вегетативная нервная система, регулирующая дыхание, сердцебиение и пищеварение, переходит в режим «боевой готовности», что приводит к гипервентиляции, спазмам сосудов и нарушению работы ЖКТ. Пугающие симптомы свидетельствуют не о физическом заболевании, а о временном сбое в работе вегетативной нервной системы. Патология ПА заключается только в том, что страх возникает из-за мнимой угрозы.

Ключевую роль в снижении частоты и тяжести приступов ПА играют методы самопомощи. Рассмотрим те стратегии, которые основаны на доказательных практиках и физиологических механизмах.

1. Регуляция образа жизни, куда входят:

- регулярный сон (недосып повышает чувствительность к стрессу);
- щадящая диета (снижает мышечное напряжение);
- физическая активность, контрастный душ (помогают «сжечь» избыток адреналина и снижают общий стресс).

2. Психологическая адаптация к нарушению:

- отказ от роли жертвы (избегание поиска внешней поддержки, которая может закрепить дисфункциональные паттерны поведения);

- принятие заботы о других (фокус на помощи близким или уходе за питомцем для переключения с внутренних переживаний).

3. Дыхательные техники, позволяющие снизить частоту сердечных сокращений и нивелировать симптомы гипервентиляции:

- диафрагмальное дыхание (медленные вдохи через нос с вовлечением диафрагмы и удлиненные выдохи);
- ритмичное дыхание (синхронизация вдоха и выдоха с тактовым счетом для стабилизации ритма);
- синхронизация дыхания с пульсом (вдох на 4–6 ударов сердца, выдох – на следующие 4–6 ударов);
- «Дыхание в пакет» (дыхание в бумажный пакет или в собственные ладони по схеме «медленный вдох – медленный выдох»).

4. Стимуляция парасимпатических рефлексов, позволяющая снизить метаболическую активность:

- «Рефлекс Ашнера» (давление на глазные яблоки в течение 15–20 секунд замедляют сердцебиение);
- «Рефлекс ныряющей собаки» (погружение лица в ледяную воду на 10–15 секунд снижает метаболическую активность).

5. Техники переключения внимания

- методы заземления (фокусировка на текущих ощущениях («5–4–3–2–1»: назвать 5 предметов, 4 звука и т. д.) для прерывания катастрофических мыслей);

- создание синквейна (структурированного пятистрочного стихотворения, помогающего вербализовать эмоции и переключить фокус внимания).

6. Релаксационные практики:

- нервно-мышечная релаксация (последовательное напряжение и расслабление мышц, приводящее к эмоциональному успокоению за счет снижения уровня кортизола);
- идеомоторная тренировка (мысленное воспроизведение напряжения и расслабления мышц через визуализацию).

Для определенного процента клиентов работа с психологом может успешно завершиться на данном пункте: знание механизмов наступления и способов купирования приступов ПА позволяет ей не разрастись в ПР.

Работа с первичной травмой клиента. Первичная травма представляет собой исходное травматическое событие, которое запускает ПР. Непроработанная травма фиксируется в памяти как незавершенное действие, поддерживая цикл тревоги и избегания. Работа с первичной травмой направлена на её переработку и интеграцию в жизненный опыт клиента, что позволяет снизить интенсивность симптомов и предотвратить их повторение.

Современные подходы к переработке первичной травмы включают в себя достаточное количество эффективных техник, среди которых можно выделить следующие:

1. Систематическая десенсибилизация (постепенное «приручение» страхов). Сначала пациент осваивает глубокую релаксацию, а затем сталкивается с воображаемыми ситуациями из личной «лестницы тревог» – от едва заметной до максимально пугающей. Каждый шаг закрепляется расслаблением (Маштаков, 2022).

2. Метод десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ). Клиент фокусируется на травмирующем образе, одновременно выполняя горизонтальные движения глазами под руководством терапевта. После снижения тревоги до приемлемого уровня клиент «включает» позитивные установки, которые закрепляются через те же движения глаз.

Данные методы позволяют не только купировать симптомы, но и обеспечивают долгосрочные изменения, трансформируя травматический опыт в ресурс для личностного роста.

Создание у клиента более эффективной привычки, предотвращающей повторные приступы панической атаки. Изначально ПА может провоцироваться реальными угрозами, но со временем закрепляется в безопасных условиях через механизмы классического обусловливания. Избегание триггерных ситуаций поддерживает цикл тревоги, а гиперболизация ощущений («Я умру!») провоцирует самозапуск приступов через негативные автоматические мысли (Картазаева, 2024). На данном этапе психотерапии необходимо создать у клиента более эффективную привычку, предотвращающую повторные приступы панической атаки. Наибольшую эффективность в данной задаче показали техники когнитивно-поведенческой терапии:

1. Когнитивная реструктуризация. Она направлена на коррекцию дисфункциональных убеждений. Пациент обучается заменять катастрофические мысли на рациональные. Акцент в работе делается на коррекции таких дисфункциональных схем мышления, как «перфекционизм», и «катастрофизация» (Ковпак, 2021).

2. Переформулирование негативных нарративов в третьем лице (клиент описывает симптомы в третьем лице: «Он чувствует тревогу, но это пройдет», что позволяет снизить его эмоциональную вовлеченность (Kross, 2014).

3. Парадоксальные предписания (клиент строит иерархию тревожащих ситуаций и затем дозированно погружается в них, сознательно пытаясь вызвать панику, что позволяет разрушить цикл избегания (Козлов, 2019; Thompson, 2023).

4. Ведение структурированного дневника, что помогает клиенту сместить фокус внимания с эмоций на анализ и снизить тревогу.

Ключевым элементом данных упражнений является «проживание» страха с последующим когнитивным переосмыслением смысла симптомов.

Включение клиента в полноценную жизнь. Предыдущие этапы психотерапии имели мишенью купирование симптомов ПА, и иногда этого вполне достаточно для возвращения высокого качества жизни. Например, у человека, живущего наполненной и одобряемой им самой жизнью, резкий скачок давления с последующим проявлением вегетативной системы мог запустить страх повторения приступа, а создание у него более эффективной привычки может позволить ему вернуться к нормальной жизни. Однако, если ПР приходит «на хорошо удобренную почву», клиент с данной проблемой явно нуждается в глубинной проработке внутренних конфликтов.

Чаще всего в основе ПР лежат следующие психологические факторы:

- откладывание жизни на потом, страх перемен;
- подавление собственных желаний, стремление соответствовать ожиданиям окружающих при игнорировании собственных потребностей;
- неумение отстаивать свои границы;
- подавление и отрицание собственных эмоций;
- склонность к перфекционизму, страх ошибки;
- склонность к социальному избеганию (Кульшарипова, 2022).

Среди возможных детерминант запуска нарушения исследователи называют следующие факторы:

- наследственность (Голобокова, 2023);
- психологические травмы, полученные в детском возрасте (Липовая, 2017; Смолина, 2021);
- соматическое нарушение (болезни, при которых нарушается кислородное снабжение, и происходят спазмы сосудов: вегетососудистая дистония, остеохондроз, атеросклероз, бронхиальная астма) (Ермошин, 2017);
- неврологические заболевания (Курпатов, 2019; Лутова, 2023);
- наличие хронического стресса или неблагоприятного жизненного эпизода (потеря близких, необходимость сепарации, смена работы или места жительства, нездоровые взаимоотношения с партнером) (Мурзаева, 2015; Сиволап, 2017);
- личностные особенности (демонстративность, ипохондричность, тревожная мнительность, нестрессоустойчивость и непереносимость неопределенности) (Гурбанова, 2021; Яцук, 2019).

- экзистенциальный кризис.

Также, при работе с таким клиентом надо помнить, что ПА – это не только тяжелые переживания, но и, зачастую, единственный для него способ адаптации к среде. ПА позволяет клиенту пожалеть себя, меньше от себя требовать, «временно» ничего не менять без чувства вины, дает возможность эмоционально самовыразиться и заставить других прислушаться к себе.

Среди современных терапевтических подходов, направленных на проработку глубинных первопричин расстройства, можно выделить следующие:

1. Гештальт-терапия. Подход фокусируется на осознании себя в моменте, работе с незавершенными гештальтами и развитии контакта с собственными эмоциями. Через анализ ситуаций, провоцирующих ПА, клиент учится распознавать свои эмоции, телесные реакции и убеждения (Коваленко, 2018). Методы гештальт-терапии в коррекции ПР:

- осознание в моменте (гештальт-терапия помогает клиенту вернуть связь с реальностью через концентрацию на телесных ощущениях и дыхании);
- завершение гештальта (через диалог с внутренними «Я» клиент завершает неразрешенные ситуации, освобождаясь от хронического напряжения);
- работа с подавленными эмоциями (в безопасной терапевтической среде клиент экспериментирует с выражением этих чувств);
- прояснение границ (терапевт помогает выявить ситуации, где нарушаются личные границы, и научиться говорить «нет»).

2. Схема-терапия. Согласно концепции Янга, в детстве, вследствие неудовлетворения базовых эмоциональных потребностей, формируются ранние дезадаптивные схемы, которые закрепляются в виде устойчивых убеждений о себе, мире и других. В контексте ПР ключевыми являются схемы группы «уязвимости», «негативизма» и «нарушенной автономии», связанные с ожиданием катастрофы и убежденностью в невозможности совладания с угрозами. Такие схемы часто формируются в семьях с гиперопекающими или тревожными родителями, которые транслируют установки о непреодолимой опасности внешнего мира (Bach, 2018). Методы схема-терапии в коррекции ПР:

- когнитивная реструктуризация, где клиент обучается распознавать автоматические мысли и связывать их с детским опытом, что снижает эмоциональную заряженность убеждений;
- экспериментальные и поведенческие техники, предполагающие упражнения на спонтанность: клиент постепенно включается в ситуации, где допустимо проявление чувств;
- развитие здорового взрослого режима, предполагающее формирование навыков самостоятельного принятия решений.
- эмоциональная коррекция, помогающая пережить травматичные эпизоды детства, заменяя дезадаптивные эмоциональные паттерны поддерживающими.

3. Телесно-ориентированная терапия. Телесные методы обходят рациональные защиты, выявляя глубинные причины расстройства. Устранение мышечных блоков уменьшает физические проявления тревоги, делая ПА менее интенсивными, а интеграция тела и психики помогает пациенту перестать воспринимать себя как «жертву симптомов», обретая контроль над своей жизнью. Методы телесно ориентированной терапии в коррекции ПР:

- дыхательные практики (техники диафрагмального дыхания или замедленного выдоха помогают восстановить ритм сердца, снизить уровень адреналина и вернуть контроль над телом);
- соматический массаж (хроническое напряжение в мышцах может быть физическим воплощением подавленных эмоций, а массаж этих зон помогает уменьшить гипертонус и создать ощущение «безопасности» в теле);
- работа с мышечным панцирем (упражнения, направленные на расслабление зон хронических зажимов, позволяют высвободить эмоции, «запертые» в теле) (Леви, 2019).

4. Логотерапия. Данный подход фокусируется не на устранении симптома, а на переориентации клиента к осмысленной деятельности. По мнению В. Франкла, ПА часто возникают из-за утраты жизненных ориентиров. Переход от страха к смыслу позволяет трансформировать тревогу в ресурс для личностного роста (Frankl, 1998). Методы логотерапии в коррекции ПР:

- парадоксальная интенция предполагает сознательное «принятие» страха через инверсию поведенческих реакций, что переводит фокус с борьбы против симптома на активное взаимодействие с ним;
- смещение внимания с симптома на осмысленные цели (клиенту предлагается вовлекаться в деятельность, которая придаст жизни ценность, создавая альтернативу невротической сосредоточенности на тревоге).

При выборе стратегии терапевт должен ориентироваться на уникальность конкретного клиента. Комбинированный подход, учитывающий индивидуальные особенности и глубинные причины расстройства, открывает путь к устойчивой ремиссии и повышению качества жизни. Временные рамки терапии ПР варьируются от трех месяцев до трех лет.

Заключение. Целью данного исследования было выявление проблемных областей психотерапии клиентов с паническим расстройством и предложение рекомендаций, способных положительно повлиять на процесс работы. Исследование позволило сделать следующие выводы:

1. Паническое расстройство – это не болезнь, а психоэмоциональное нарушение. Целью терапии в работе с ПР является возвращение клиента к полноценной жизни через обретение им контроля над приступами паники. Временные рамки терапии ПР варьируются от трех месяцев до трех лет.

2. В работе с клиентами, страдающими ПР, можно выделить четыре этапа:

- информирование человека о природе панических атак и обучение его методам самопомощи;
- работа с первичной травмой клиента;
- создание у клиента более эффективной привычки, предотвращающей повторные приступы панической атаки;
- включение клиента в полноценную жизнь.

3. Знание механизмов наступления и способов купирования приступов панической атаки позволяет ей не разрастись в паническое расстройство.

4. Чаще всего в основе ПР лежат следующие психологические факторы: откладывание жизни «на потом», страх перемен; подавление собственных желаний; неумение отстаивать свои границы; подавление и отрицание собственных эмоций; склонность к перфекционизму; неспособность устанавливать близкие межличностные отношения.

5. Работа с ПР требует комплексного подхода, объединяющего когнитивные, поведенческие и экспозиционные методы, а ключевыми элементами психотерапии остаются конфронтация с триггером и проработка глубинных первопричин расстройства.

6. При работе с клиентом, страдающим ПР, не следует забывать и о его близком окружении. Исследования показывают, что гиперопека, включая полное освобождение от бытовых обязанностей и изоляцию от стрессовых ситуаций, может усугубить симптоматику. Более того, подобная стратегия способствует формированию вторичных выгод от ПР. Эффективные отношения предполагают баланс между эмпатией и поощрением самостоятельности.

7. Современные научные исследования показывают высокую эффективность сочетанного применения фармакотерапии и психотерапии, но в отдельных ситуациях можно ориентироваться только на психотерапию. При принятии данного решения на практике психотерапевт должен учесть и специфику психотравмы, и психологические особенности клиента, и его желание.

Список литературы

Голобокова, О. В., и Дворядкина, Н. Ю. (2023). К вопросу о механизмах возникновения и клинических проявлениях панических атак у взрослого населения. *Инновации в науке, образовании и бизнесе, 2023: материалы всероссийской научно-методической конференции «инновации в науке, образовании и бизнесе»*, 1–4.

Гурбанова, У. С. (2021). Панические атаки: психолого-педагогическая картина и динамика состояния. В А. А. Сукиасян (Ред.) Проблемы и тенденции научных преобразований в условиях. *Сборник статей по итогам Международной научно-практической конференции* (С. 121–123). Общество с ограниченной ответственностью «Агентство международных исследований».

- Ермошин, А. Ф. (2017). *Загадочный синдром. Панические атаки и как их лечить*. Институт консультирования и системных решений.
- Картазаева, Н. С. (2024). Индивидуализированные стратегии в когнитивно-поведенческой терапии панических атак: обзор и обсуждение. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*, 15(1), 98–106. <https://doi.org/10.34883/PI.2024.15.1.011>
- Коваленко, Д. С. (2018). Специфика понимания панических атак в гештальт терапии. *Психология и педагогика в Крыму: пути развития*, 2, 23–28.
- Ковпак, Д. В. (2021). Паника и паническое расстройство: методы диагностики и терапии. *Ученые записки Института психологии РАН*, 1(1), 51–63.
- Козлов, В. В., и Власов, Н. А. (2019). Модели краткосрочной психотерапии панического расстройства. *Вестник ЯрГУ*, 2(48), 82–88. <http://dx.doi.org/10.18255/1996-5648-2019-2-82-88>
- Кульшарипова, А., Куатбеков, А., и Тапалова, О. Б. (2022). Особенности проявления панических состояний у студентов. *Вестник КазНПУ имени Абая. Серия: Психология*, 73(4). <https://doi.org/10.51889/4682.2022.77.12.024>
- Курпатов, А. В. (2019). *Как победить панические атаки, ВСД и невроз*. Издательство АСТ.
- Леви, Т. С. (2019). Телесно-ориентированная психотерапия: специфика, возможности, механизмы воздействия. *Научные труды Московского гуманитарного университета*, 3, 15–22. <http://dx.doi.org/10.17805/trudy.2019.3.2>
- Липовая, О. А., и Соколовский Г. В. (2017). Психологические особенности панических атак. *Вестник Таганрогского института имени А. П. Чехова*, 1, 57–60.
- Лутова, В. Ю. (2023). Феномен панической атаки, как особый вид тревожного состояния. В *Инновационные научные исследования 2023: педагогика и психология. Сборник материалов XXIV международной очно-заочной научно-практической конференции* (С. 17–21). Научно-издательский центр «Империя».
- Маштаков, В. А., Удавцова, Е. Ю., Маторина, О. С., Стрельцов, О. В., и Меретукова, О. Г. (2022). Возможности применения метода систематической десенсибилизации в процессе психологического сопровождения сотрудников МЧС России. В Р. Е. Булат (Ред.) *Психолого-педагогические аспекты подготовки кадров к профессиональной деятельности в экстремальных условиях. Сборник научных трудов Международной научно-практической конференции* (С. 229–234). Общество с ограниченной ответственностью «НПО ПБ АС», Санкт-Петербургский университет Государственной противопожарной службы Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий.
- Михальчи, Е. В. (2019). Методы психологической самопомощи пациентов с паническими атаками. *РЕМ: Psychology. Educology. Medicine*, 4, 43–57.
- Мурзаева, Т. А., и Абдурахманова, А. Р. (2015). Основные причины возникновения панических атак и панического расстройства: систематический обзор. *MEDICUS*, 7(61) 54–58.
- Сиволап, Ю. П. (2017). Паническое расстройство: клинические феномены и возможности терапии. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*, 117(4), 112–121. <https://doi.org/10.17116/jnevro20171174112-116>
- Смолина, О. А. (2021). Паническая атака: социальные причины возникновения и интегративный подход в психотерапии. *Антология российской психотерапии и психологии*, 9, 133–138.
- Яцук, А. О. (2019). Исследование взаимосвязи панических атак с психологическими особенностями личности. В *Современные инновации в экономике, технике и обществе. Сборник материалов II Ежегодной научной конференции магистрантов Технологического университета* (С. 304–310). Общество с ограниченной ответственностью «Научный консультант».
- Bach, B., Lockwood, G., & Young, J. E. (2018). A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive behaviour therapy*, 47(4), 328–349. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1410566>
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.893>
- Frankl, V. E. (1998). Logotherapie und Existenzanalyse: Texte aus sechs Jahrzehnten. Psychologie Verlags Union.
- Kross, E., Bruehlman-Senecal, E., Park, J., Burson, A., Dougherty, A., Shablack, H., Bremner, R., Moser, J., & Ayduk, O. (2014). Self-talk as a regulatory mechanism: how you do it matters. *Journal of personality and social psychology*, 106(2), 304–324. <https://doi.org/10.1037/a0035173>
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures* (2nd ed.). Guilford Press.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., & Williams, J. B. (1999). Validation and utility of a self-report version of prime-md: the PHQ primary care study. Primary care evaluation of mental disorders. Patient health questionnaire. *JAMA*, 282(18), 1737–1744. <https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>
- Thompson, B. L., Pilecki, B. C., & Chan, J. C. (2023). *ACT-informed exposure for anxiety: creating effective, innovative, and values-based exposures using acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.

References

- Bach, B., Lockwood, G., & Young, J. E. (2018). A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive behaviour therapy*, 47(4), 328–349. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1410566>
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.893>
- Frankl, V. E. (1998). *Logotherapie und Existenzanalyse: Texte aus sechs Jahrzehnten*. Psychologie Verlags Union.
- Golobokova, O. V., & Dvoryakina, N. Y. (2023). To the question of mechanisms of occurrence and clinical manifestations of panic attacks in adults. *Innovations in science, education and business, 2023: materials of the All-Russian scientific and methodological conference “innovations in science, education and business”*, 1–4.
- Gurbanova, U. S. (2021). Panic attacks: psychological and pedagogical picture and dynamics of the condition. In A. A. Sukiasyan (Ed.) *Problems and trends of scientific transformations in conditions. Collection of articles on the results of the International Scientific and Practical Conference* (P. 121–123). Limited Liability Company “Agency for International Studies”. (In Russ.)
- Kartazaeva, N. S. (2024). Individualized strategies in cognitive-behavioral therapy for panic attacks: review and discussion. *Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology*, 15(1), 98–106. (In Russ) <https://doi.org/10.34883/PI.2024.15.1.011>
- Kovalenko, D. S. (2018). Specificity of understanding panic attacks in gestalt therapy. *Psychology and pedagogy in Crimea: ways of development*, 2, 23–28. (In Russ.)
- Kovpak, D. V. (2021). Panic and panic disorder: methods of diagnosis and therapy. *Scientific Notes of the Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences*, 1(1), 51–63. (In Russ)
- Kozlov, V. V., & Vlasov, N. A. (2019). Models of short-term psychotherapy for panic disorder. *Vestnik YarGU*, 2(48), 82–88. (In Russ) <http://dx.doi.org/10.18255/1996-5648-2019-2-82-88>
- Kulsharipova, A., Kuatbekov, A., & Tapalova, O. B. (2022). Features of the manifestation of panic states in students. *Bulletin of Abai KazNPU. Series: Psychology*, 73(4). (In Russ) <https://doi.org/10.51889/4682.2022.77.12.024>
- Kurpatov, A. V. (2019). *How to defeat panic attacks, VSD and neurosis*. AST Publisher. (In Russ.)
- Kross, E., Bruehlman-Senecal, E., Park, J., Burson, A., Dougherty, A., Shablack, H., Bremner, R., Moser, J., & Ayduk, O. (2014). Self-talk as a regulatory mechanism: how you do it matters. *Journal of personality and social psychology*, 106(2), 304–324. <https://doi.org/10.1037/a0035173>
- Levy, T. S. (2019). Body-Oriented Psychotherapy: Specifics, Possibilities, Mechanisms of Influence. *Scientific Proceedings of the Moscow University for the Humanities*, 3, 15–22. (In Russ) <http://dx.doi.org/10.17805/trudy.2019.3.2>
- Lipovaya, O. A., & Sokolovsky, G. V. (2017). Psychological features of panic attacks. *Bulletin of the A. P. Chekhov Taganrog Institute*, 1, 57–60. (In Russ.)
- Lutova, V. Y. (2023). The phenomenon of panic attack as a special type of anxiety state. In *Innovative scientific research 2023: pedagogy and psychology. Collection of materials of XXIV international full-time scientific-practical conference* (P. 17–21). Scientific and Publishing Center “Empire”. (In Russ.)
- Mashtakov, V. A., Udavtsova, E. Y., Matorina, O. S., Streltsov, O. V., & Meretukova, O. G. (2022). Possibilities of applying the method of systematic desensitization in the process of psychological support of Russian EMERCOM employees. In R. E. Bulat (Ed.) *Psychological and pedagogical aspects of personnel training for professional activity in extreme conditions. Collection of scientific papers of the International Scientific and Practical Conference* (P. 229–234). Limited Liability Company “NPO PB AS”, St. Petersburg University of the State Fire Fighting Service of the Ministry of the Russian Federation for Civil Defense, Emergencies and Elimination of Consequences of Natural Disasters. (In Russ)
- Mikhalchi, E. V. (2019). Methods of psychological self-help for patients with panic attacks. *PEM: Psychology. Educology. Medicine*, 4, 43–57. (In Russ.)
- Murzaeva, T. A., & Abdurakhmanova, A. R. (2015). The main causes of panic attacks and panic disorder: a systematic review. *MEDICUS*, 7(61) 54–58. (In Russ.)
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures* (2nd ed.). Guilford Press.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., & Williams, J. B. (1999). Validation and utility of a self-report version of prime-md: the PHQ primary care study. Primary care evaluation of mental disorders. Patient health questionnaire. *JAMA*, 282(18), 1737–1744. <https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>
- Sivolap, Y. P. (2017). Panic disorder: clinical phenomena and treatment options. *Journal of neurology and psychiatry named after. S. S. Korsakov*, 117(4), 112–121. (In Russ) <https://doi.org/10.17116/jnevro20171174112-116>
- Smolina, O. A. (2021). Panic attack: social causes of occurrence and integrative approach in psychotherapy. *Anthology of Russian psychotherapy and psychology*, 9, 133–138. (In Russ.)
- Thompson, B. L., Pilecki, B. C., & Chan, J. C. (2023). *ACT-informed exposure for anxiety: creating effective, innovative, and values-based exposures using acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.

Yatsuk, A. O. (2019). The study of the relationship between panic attacks and psychological features of personality. In *Modern innovations in economy, technology and society. Collection of materials of the II Annual scientific conference of graduate students of the University of Technology* (P. 304–310). Limited liability company “Scientific consultant”. (In Russ.)

Yermoshin, A. F. (2017). *Mysterious syndrome. Panic attacks and how to treat them*. Institute of counseling and system solutions. (In Russ.)

Об авторе:

Елена Александровна Горбатова, кандидат психологических наук, доцент кафедры прикладной социальной психологии, Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы (Российская Федерация, 199178, г. Санкт-Петербург, 12-я линия Васильевского острова, 13, лит. А), [ORCID](#), [SPIN-код](#), el_gorbatova@mail.ru

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Автор прочитал и одобрил окончательный вариант рукописи.

About the Author:

Elena Aleksandrovna Gorbato*va*, Cand. Sc. (Psychology), Associate Professor, Applied Social Psychology Department, St. Petersburg State Institute of Psychology and Social Work (13, lit. A, 12th line of Vasilievsky Island, 199178, St. Petersburg, Russian Federation), [ORCID](#), [SPIN-code](#), el_gorbatova@mail.ru

Conflict of Interest Statement: the author declares no conflict of interest.

The author has read and approved the final version of manuscript.

Поступила в редакцию / Received 16.03.2025

Поступила после рецензирования / Revised 19.06.2025

Принята к публикации / Accepted 19.06.2025