

## ТЕРАПИЯ АКТИВАЦИЕЙ СОЗНАНИЯ (ТАС) В РАБОТЕ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА С ПРОБЛЕМОЙ ПАНИЧЕСКИХ АТАК У ПАЦИЕНТОВ

### CONSCIOUSNESS ACTIVATION THERAPY (TAS) IN THE WORK OF A CLINICAL PSYCHOLOGIST WITH THE PROBLEM OF PANIC ATTACKS IN PATIENTS

**A. Zavodov**  
**A. Byalyatskaya**  
**Jean Becchio**  
**S. Bolsun**

*Summary:* This article provides data on the therapy of panic attacks using the Consciousness Activation Therapy. The purpose of this work is to review the application of a new method for the treatment of panic attacks. The method of Consciousness Activation Therapy, developed by Jean Becchio, is a set of scientific methods implemented in psychotherapeutic care for patients. It is based on psychodynamic hypnotherapy, neuroscience, connectomics, neuroimaging, developmental psychology, and philosophy. This method allows you to get rid of panic attacks during a shorter course compared to other types of therapy. However, the use of any one technique in isolation significantly reduces the results of the effectiveness of therapy. Therefore, it is recommended to adhere to a holistic system in dealing with panic attacks.

*Keywords:* panic attack, panic disorder, anxiety disorders, consciousness activation therapy, hypnosis.

**Заводов Александр Олегович**

аспирант, Донской государственный технический университет  
zavodoff@list.ru

**Беляцкая Алиса Яновна**

аспирант, Донской государственный технический университет  
liska893@rambler.ru

**Жан Беккио**

профессор, Научно-исследовательский институт клинического гипноза  
becchio@club.fr

**Болсун Сергей Александрович**

заместитель директора, Научно-исследовательский институт клинического гипноза  
sbolsun@gmail.com

*Аннотация:* В этой статье приводятся данные о терапии панических атак методом Терапии активации Сознания. Целью данной работы является обзор применения нового метода для лечения панических атак. Приводится описание понятия паническая атака и сопровождающих ее симптомов. Метод Терапии Активации Сознания, разработанный Жаном Беккио, это совокупность научных методов, реализованных в психотерапевтической помощи пациентам. В его основе лежит психодинамическая гипнотерапия, нейронауки, коннектомика, нейровизуализация, психология развития и философия. Данный метод позволяет избавиться от панических атак в течение более короткого курса по сравнению с другими видами терапии. Однако использование какой-то одной техники в отдельности значительно снижает результаты эффективности терапии. Поэтому, рекомендуется придерживаться целостной системы в работе с паническими атаками.

*Ключевые слова:* паническая атака, паническое расстройство, тревожные расстройства, техника активации сознания, гипноз.

В современном мире наблюдается активный рост тревожных расстройств, среди которых одно из лидирующих мест занимают панические атаки. Несмотря на то, что панические атаки как самостоятельное заболевание были выделены относительно недавно, количество пациентов, обращающихся к психотерапевтам по поводу возникновения панических атак, с каждым годом возрастает.

Современными исследователями в этом направлении занимаются такие ученые как: Роберт Лихи, который много лет изучает эмоциональные состояния, и дает своим пациентам инструменты, как посмотреть на привычные эмоциональные схемы, воспринимаемые ранее как

проблемные. Русс Харрис развивает терапию принятия и ответственности, является создателем учебника самопомощи для страдающих от панических атак [1,2].

Панические атаки относятся к тревожным расстройствам невротического характера, причиной возникновения которых является стресс. Термин «паническая атака» был определен как основное проявление панических расстройств.

По МКБ-10 паническое расстройство рассматривается как, имеющие частые рецидивы приступы резко выраженной тревоги (паники), не ограничивающиеся какой-либо особой ситуацией или комплексом обстоя-

ятельств и, следовательно, носящие непредсказуемый характер.

Панические атаки могут выступать как самостоятельное заболевание, так и являться частью других психических (депрессия, фобии, посттравматическое стрессовое расстройство и др.) и непсихических (эндокринные, сердечные, ревматоидные и др.) заболеваний [3].

Паническая атака классифицируется наличием дискомфорта по 4 и более признакам, среди которых: тахикардия (учащенное сердцебиение), аритмия (неритмичное сердцебиение), нехватка воздуха (кажется, что задыхается), одышка, возникновение тремора, дискомфортные ощущения в области сердца, головокружение, тошнота, нарушение двигательной координации, онемение конечностей, озноб, повышенная потливость, ощущение комка в горле, затруднение глотательного рефлекса, шум и давление в ушах, предобморочное состояние, искажения слуха и зрения, чувство волн жара или холода в теле, боли в животе. Панические атаки относятся к тревожным расстройствам невротического характера, причиной возникновения которых является стресс [4].

На поведенческом уровне это проявляется как: неконтролируемый страх; сильная тревога; ожидание чего-то тревожного, неприятного и опасного; страх сойти с ума; страх смерти; страх страха; страх, что так будет всегда; страх, что пациент не сможет контролировать свое поведение и поступки и слова; страх спутанных мыслей [5].

В настоящее время существует следующая классификация панических атак: спонтанные – возникающие без какой-либо определенной причины и конкретных объектов; ситуационные – имеющие конкретную психотравмирующую ситуацию, возобновляющиеся при воспоминании или ожидании повторной ситуации, или отдельных триггеров связанных с психотравмой; условно-ситуационные – запускающиеся химическими или биологическими агентами, такими, как психоактивные вещества, например алкоголь, некоторые лекарства, гормональные препараты, а также в некоторых случаях – беременность [6].

По данным исследования посвященного эпидемиологии панических атак, панического расстройства и сдерживающая роль возраста самые высокие показатели распространенности панических атак были обнаружены у людей в возрасте 30–39 лет и 40–49 лет. Самые низкие показатели у респондентов старше 80 лет. В целом, результаты исследования показывают, что вероятность наличия панических атак снижается с возрастом людей.

Также широко изучалась связь между паническим расстройством и сердечно-сосудистыми заболеваниями, и, хотя некоторые исследования показали, что тревожные расстройства сосуществуют или увеличивают риск сердечных заболеваний, ни одна причинная гипотеза не была четко установлена.

Авторы данного исследования попытались предоставить всесторонний описательный анализ и синтез ранее опубликованной информации о панических атаках и открыть новые возможности патофизиологического понимания и клинического ведения [7].

Ещё одной разрушающей стороной панической атаки является ночная паника. Ночная паника характеризуется внезапным пробуждением ото сна, в состоянии неконтролируемой паники без видимой причины и затрагивает более половины пациентов с паническим расстройством. Теория о том, что человек боится потерять контроль или бдительность (страх потери бдительности) – единственная предлагаемая описательная модель ночной паники, предполагающая, что люди, страдающие ночными паническими атаками (ночные паникеры), боятся состояний, в которых они не смогут отреагировать на угрозу или защищаться от опасности, так называемый страх неопределённости [8].

Сравнительный анализ способов и методов для работы с паническими атаками лекарствами от панического расстройства, такими как селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и бензодиазепины показал, что:

- СИОЗС имеет отсроченный терапевтический эффект, с задержкой в несколько недель, а также не редки случаи усиления тревоги и паники на ранних этапах применения, во время курса лечения.
- бензодиазепины активно работают в начале курса, но требуют повышения дозы, так как вызывают толерантность, а также вызывают зависимость.

Однако, есть немало данных о малой эффективности и высоких побочных эффектах данных препаратов, а также существуют ограничения, для их применения [9].

В исследовании панических расстройств, устойчивых к лечению, были рассмотрены варианты психологического, фармакологического и комбинированного лечения. Несмотря на доступность фармакологического, психологического и комбинированного лечения, примерно у трети всех пациентов с паническими расстройствами после лечения наблюдаются стойкие панические атаки. Дополнение фармакологического лечения когнитивно-поведенческой терапией продемонстрировало некоторую краткосрочную эффективность при резистентной к лечению панических расстройств. При краткосрочном лечении, также были найдены предварительные дока-

зательства эффективности монотерапии ребоксетином и оланзапином и увеличения пиндололом, дивалпроксом натрия, арипипразолом и оланзапином [10].

Есть несколько направлений в психотерапии, которые занимаются лечением панических атак. Все они имеют свои параметры успешности, детерминированные теми или иными методами лечения. В одном из самых крупных мета исследований психотерапевтических направлений, наиболее успешной считается когнитивно-поведенческая психотерапия.

Когнитивно-поведенческая терапия позволяет не срывать предмет или объект с тревогой, что в значительной степени снимает стрессовое состояние в отношении закрепившихся в сознании пациентов ассоциаций с конкретными объектами, ранее воспринимавшимися ими как тревожные [11].

Так же изучено положительное влияние внушения на уровень дискомфорта и боли у пациентов в больничных условиях, без использования медикаментов [12].

Однако, наиболее действенными эти методы становятся с применением гипнотерапии и Техник Активации Сознания.

Клинический (медицинский) гипноз — это безопасный и эффективный дополнительный метод для использования в медицинских процедурах.

Гипноз превосходил контрольную группу в отношении уменьшения боли и эмоционального стресса (34 РКИ, 2597 пациентов), а также уменьшения симптомов раздраженного кишечника (8 РКИ, 464 пациента) [13]. Также внушения при пробуждении (постгипнотические внушения) могут быть эффективным компонентом, усиливающим работу врача и пациента в повседневных клинических ситуациях.

Новым интеграционным подходом в терапии панических атак является терапия активацией сознания, которая включает в себя методы когнитивно-поведенческой психотерапии с применением современной гипнотерапии. С помощью данного подхода, можно создавать ещё более успешные и эффективные методы, для работы с паническими атаками.

Создателем Терапии Активацией Сознания (ТАС) Жан Беккио и коллеги [14]. Это терапевтическое направление зародилось во Франции и стало гипнозом 21 века, внеся изменение в научную парадигму современной гипнотерапии [15].

В российской научной среде это направление развивается в Научно-Исследовательском Институте Кли-

нического гипноза, а также в Международном Институте Техник Активации Сознания, отечественными исследователями С.А. Болсуном, А.О. Заводовым, И. Сафаровым и коллегами.

Терапия Активации Сознания (ТАС) - это совокупность научных методов, реализованных в психотерапевтической помощи пациентам.

В основе этого направления лежит психодинамическая гипнотерапия (пост Эриксоновская гипнотерапия), нейронауки [16], коннектомика, нейровизуализация [17], психология развития и философия.

В терапевтической деятельности широко применяются метафоры, для активации сознания с целью проработки травмирующих или дискомфортных элементов у пациента, которые при когнитивной работе вытесняются или избегаются, либо вызывают у пациента сильное сопротивление и напряжение. Применение техника «волшебная метафора» ведет к возможности выздоровления, решения проблемы или достижения цели, способами, которые лежат за гранью стандартного, обыденного принципа мышления «не потому - что, а вопреки».

При использовании ТАС преобразуется внимание пациента в некий инструмент, с помощью которого он может изменять свое состояние. Пациент учится использовать собственное внимание для регуляции и управления, своими мыслями, эмоциями, образами, состояниями и желаниями.

Одной из самых быстрых и эффективных групп техник управления и изменения состояния в целом, является дыхательные техники, это техники с помощью которых оказывается влияние на симпатическую и парасимпатическую нервную системы, с целью достижения нужного результата.

Так же важным элементом работы является раппорт. Это основной инструмент, благодаря которому создаётся, терапевтическое пространство «любящей доброты», умение видеть в пациенте в первую очередь человека, обладающего внутренними ресурсами.

Благодаря раппорту способность к эмпатии повышается, и терапевт имеет более высокую и тонкую способность чувствовать и взаимодействовать с пациентом, в том числе и на глубинных, чувственных уровнях.

Следующим элементом является способность терапевта, удерживать своё собственное состояние в особом ресурсе благодати, равновесия и здоровья, это состояние схоже с состоянием Дзэн на востоке.

Сохранение такого состояния необходимо, так как

в ходе терапии, часто возникают, спонтанные мимико-соматические проявления у пациентов, достаточно сильной и ярко выраженной амплитуды. Так, например, может проявиться и усилиться кашель, плачь, рыдания, смех, тремор, озноб, активное проявление идеомоторных феноменов посредством конечностей и всего тела и т.д.

Очень важно чтобы терапевт соблюдал уверенное спокойное состояние, с целью наиболее эффективной и своевременной утилизации всех проявлений и активностей пациента.

Терапевт ратифицирует все, что происходит с пациентом, поддерживает его, сопровождает и направляет в ходе сеанса.

По реакции терапевта пациент понимает, что всё, что с ним происходит, это правильно, это одобряется и является частью терапии, это не вызывает в нем состояний паники, так как терапевт всё время сопровождает его благодаря раппорту.

Для самого же терапевта нахождение в таком состоянии, гарантирует возможность сохранять свою безопасность и не выгорать профессионально.

Для наработки качественного и быстрого вхождения в ресурсное состояние, применяется самогипноз. Скорость вхождения в ресурсное состояние зависит от психофизиологического состояния терапевта и его натренированности.

Гипнотические внушения повторяются многократно в ходе сеанса, с целью более качественного якорения, для улучшения якорения, рекомендуется использовать разные модальности.

В завершении сеанса наступает момент, когда терапевт перестает вести сопровождение голосом и удерживает состояние раппорта с помощью невербальных техник гипноза. Этот момент мы называем «паузой». Это благодатная почва тишины, на которой посеянные семена для решения запроса пациента, ложатся на благодатную почву и начинают прорастать. Происходит это благодаря активации ресурса и созданию благоприятных условий.

Было проведено исследование определения наиболее эффективной методики работы с паническими атаками методом ТАС. В исследовании приняли участие 37 женщин и 15 мужчин, в возрасте от 23 до 47 лет. Респонденты получили полный курс терапии длительностью 10 сеансов. В процессе работы было выявлено, что работа с паническими атаками методом ТАС требует меньшего количества сеансов. Было обнаружено, что 60% респондентов было достаточно 6 сеансов для решения пробле-

мы возникновения панических атак. 20% респондентов было достаточно 4 и менее сеансов и 20% опрошенных прошли полный курс терапии, для избавления от панических атак.

### Процедура исследования

Перед началом сеанса, пациенту предлагалось, используя метод шкалирования, определить степень ощущения тревоги, страха и беспокойства, как совокупного ощущения, названного далее дискомфортом, по десяти бальной шкале от нуля до десяти. Где ноль означает, очень хорошее состояние, пять означает комфорт, а десять, максимальный дискомфорт.

После чего пациенту разъясняется, что в ходе сеанса будет использоваться техника вербального гипноза, дыхательная техника, релаксация, пребывание в приятном месте, гипнотическая метафора трансформации, пост гипнотическое внушение и домашнее задание.

Пациент занимает максимально комфортное положение, сидя или лёжа на терапевтическом диване, какое-то время делает девять глубоких, спокойных дыханий, через открытый рот, вдох и выдох происходят обязательно через широко открытый рот с имитацией зевания. После девяти вдохов и выдохов просим пациента закрыть глаза и продолжать спокойно, и глубоко дышать, сохраняя эту модель дыхания. Попутно дыханию терапевт подстраивается и сопровождает пациента голосом своего дыхания, показывая, как именно нужно дышать, со звуком своего голоса, используя физиологически обусловленный выдох облегчения, освобождения, только в ходе терапии, данный выдох производится ещё более утрированно.

Следующим этапом терапевт производит посредством своих внушений мышечное расслабление в теле пациента, сопровождая его словами: «Ваши глаза закрыты, расслаблены, каждая мышца ваших глаз полностью расслабляется, ваши глаза, отдыхают, вы погружаетесь в приятное расслабление, расслабляется кожа лица, лоб, щёки, расслабляются нос, губы становятся полностью расслаблены, вы погружаетесь ещё легче в приятное расслабление, расслабляются мышцы челюсти...». И т.д. Наведение производится с каждой частью тела, для максимального эффекта расслабления и погружения в гипнотическое состояние.

После чего делается внушение, о том, что пациент находится в своем приятном, безопасном, комфортном месте. Используются прямые внушения: «Увидьте это место, своё приятное безопасное комфортное место, посмотрите, какие предметы или объекты находятся в этом месте...». Здесь используется приём создания гипнотической реальности посредством проведения пациента

через все репрезентативные системы или модальности, так называемый ВАКОГП (визуальное, аудиальное, кинестетическое, ольфакторное, густаторное, проприоцептивное). Этот прием используется для усиления чувства комфорта и безопасности пациента.

Далее применяется гипнотическая метафора трансформации, которая формируется исходя из запроса пациента. Например, если у пациента запускается паническая атака, когда он находится в общественном транспорте, то используется метафора очень приятной поездки в транспорте, с приятными пассажирами, свежим воздухом, салоном транспорта, который ощущается и воспринимается как просторный, свежий, чистый, легкий, с очень вежливым, очень опытным и надежным водителем, создаем новую, позитивно окрашенную, полностью безопасную и благодатную процедуру путешествия в транспорте.

В завершении сеанса терапевт просит пациента сделать несколько глубоких вдохов и выдохов через рот, потянуться всем телом. Также рассказывает ему о пользе растяжки, о выработке особого белка титина (коннектина), делается ряд гипнотических внушений о том, что все важные изменения в его теле и психике произошли самым эффективным способом, натуральным и естественным, что уровень его уверенности в собственных силах увеличился, внутренние ресурсы и механизмы устранения проблемы активировались и завершаться успехом.

Далее, используя метод шкалирования, замеряется нынешнее состояние после сеанса. Как правило, он равен нулю или около двух, что по субъективным оценкам пациентов означает очень хорошее состояние.

Далее следует домашнее задание, которое состоит из

дыхательной практики, упражнения самогипноза с применением релаксации всего тела и пребыванием в приятном ресурсном месте. Каждому пациенту рекомендуется комплекс гимнастики и часовая прогулка на свежем воздухе.

Кроме этого, было проведено исследование работы с паническими атаками методом ТАС с использованием одной из техник в отдельности. Оно показало, что такой подход в значительной степени снижает результаты терапии. Если использовать только дыхательную технику в отдельности при сопровождении терапевта, то это позволяет достаточно быстро, за несколько минут снять приступ панической атаки. Но на снижение, частоту возникновения и повторения самой панической атаки это не в одном из случаев не повлияло.

### Выводы

Опираясь на опыт работы и на результат проведенного исследования, можно сделать вывод, что работа с паническими атаками методом ТАС дает хорошие результаты за достаточно короткий срок (4-6 сеансов терапии). Использование какой-то одной техники в отдельности значительно снижает результаты эффективности. Поэтому, исходя из личного опыта, мы рекомендуем придерживаться именно целостной системы в работе с паническими атаками. Однако стоит заметить, что данное направление в терапии панических расстройств еще недостаточно изучено и представляет огромный простор для исследовательской деятельности.

Следует также провести более полные исследования с применением точных научных приборов, позволяющих предоставить более точные данные по данной проблематике панических атак.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Лихи Р. Терапия эмоциональных схем. СПб: Изд-во «Питер», 2019 [Leahy R., Emotional schema therapy. St. Petersburg: Piter, 2019]
2. Russ Harris, The Confidence Gap: A Guide to Overcoming Fear and Self-Doubt (Trumpeter, 2011)
3. Международная классификация болезней 10 пересмотра (МКБ-10). Раздел невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства: F40.0, F 40.1, F 40.2, F 41.0, F 41.1, F 42, F 43.1, F 45. [International Classification of Diseases 10 revision (ICD-10). Section neurotic, stress-related and somatoform disorders: F40.0, F 40.1, F 40.2, F 41.0, F 41.1, F 42, F 43.1, F 45].
4. Rodney. Lifestyle Behaviours Add to the Armoury of Treatment Options for Panic Disorder: An Evidence-Based Reasoning. - International Journal of Environmental Research and Public Health, 2015, 12. 10.3390/ijerph120607017.
5. Trindade I.A., Mendes A.L., Ferreira N.B. The moderating effect of psychological flexibility on the link between learned helplessness and depression symptomatology: A preliminary study. - Journal of Contextual Behavioral Science, 2020, P. 68-72, ISSN 2212-1447, <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.12.001>.
6. Липовая О.А., Соколовский Г.В. Психологические особенности панических атак // Вестник Таганрогского института имени А.П. Чехова. 2017. №1.
7. Мачадо С., Санкассиани Ф., Паес Ф., Роча Н., Мурильо-Родригес Э., Нарди А.Э. Паническое расстройство и сердечно-сосудистые заболевания. Обзор. - Int Rev Psychiatry, 2017, DOI: 10.1080 / 09540261.2017.1357540.
8. Смит Н.С., Албанезе Б.Д., Шмидт Н.Б., Капронд В. Нетерпимость к неопределенности и ответственность за вред предсказывают ночные панические атаки. Психиатрия Res. 2019, 273: 82-88. DOI: 10.1016 / j. psychres.2019.01.025.
9. Quagliato L.A., Freire R.C., Nardi A.E. Risks and benefits of medications for panic disorder: a comparison of SSRIs and benzodiazepines. - Review Expert Opin Drug

- Saf. 2018, 17(3):315-324. doi:10.1080/14740338.2018.1429403.
10. Фрейре Р.К., Зуглиани М.М., Гарсия Р.Ф., Харди А.Э. Паническое расстройство, устойчивое к лечению: систематический обзор Review Expert Opin Drug Saf. 2018, PMID: 26635099 DOI: 10.1517 / 14656566.2016.1109628
  11. Carbonell D, Winston S.M. How Your Brain Tricks You Into Expecting the Worst and What You Can Do About It. New Harbinger Publications, 2016.
  12. Garland E.L., Baker A.K., Larsen P. Randomized Controlled Trial of Brief Mindfulness Training and Hypnotic Suggestion for Acute Pain Relief in the Hospital Setting. J Gen Intern Med. 2017 Oct; 32(10):1106-1113.
  13. Hauser W., Hagl M., Schmierer A., Hansen E.. The Efficacy, Safety and Applications of Medical Hypnosis. Dtsch Arztebl Int. 2016 Apr 29; 113 (17): 289-96. Doi: 10.3238/arztebl.2016.0289
  14. Becchio J., Jousselin C. Nouvelle Hypnose. Initiation et pratique. Paris, Desclée De Brouwer, 2017
  15. Radoykov S., Becchio J., Lachal J. Encephale. 2020, Sep 10, S0013-7006(20)30149,
  16. Mashour G.A., Roelfsema P., Changeux J.P., Dehaene S. Neuron. 2020. 105(5), 776-798
  17. Stanislas D. Consciousness and the brain. How the brain encodes thoughts. M: Career Press, 2018

© Заводов Александр Олегович (zavodoff@list.ru), Беяцкая Алиса Яновна (liska893@rambler.ru)  
Жан Беккио (becchio@club.fr), Болсун Сергей Александрович (sbolsun@gmail.com),  
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»

