

ФГБУ «Научный Центр психического здоровья» РАМН

**ТИПОЛОГИЯ, ДИНАМИКА И КОРРЕКЦИЯ  
ФОБИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ  
В СТРУКТУРЕ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ  
У ПОДРОСТКОВ**

Методическое пособие для врачей

Москва 2014

**УДК 616.035**

**ББК 56.14**

**Т43**

Организация-разработчик:

ФГБУ «Научный Центр психического здоровья» РАМН

Утверждено директором ФГБУ «Научный Центр психического здоровья» РАМН, акад. РАН, проф. А.С. Тигановым

Авторы: доктор медицинских наук, профессор Н.А. Мазаева,  
доктор медицинских наук А.Г. Головина

**Типология, динамика и коррекция фобических синдромов в структуре психической патологии у подростков: Методическое пособие для врачей/ Н.А.Мазаева, А.Г.Головина. – М: Цифровичок, 2014.– 68 с.**

ISBN 978-5-91587-098-6

Настоящее пособие освещает актуальную для современной клинической психиатрии проблему фобических расстройств, выявляемых у пациентов подросткового возраста, обращающихся за помощью к психиатру. В нем изложена разработанная авторами многомерная модель фобических нарушений у подростков, основанная на результатах собственных научных исследований и практического опыта работы. Она опирается как на анализ психопатологической принадлежности фобических образований в соответствии с диагностическими категориями МКБ-10, так и на оценку типологических вариантов фобий с учетом механизма развития и их места в клинической картине состояния. Исходя из описанной модели фобических нарушений, представлены современные дифференцированные подходы к терапии подростков, страдающих фобиями. Ведение таких пациентов предусматривает комплексный подход и включает, наряду с психофармакологическими стратегиями, психотерапевтические методы, а также социореабилитационные вмешательства (психокоррекционные, социотерапевтические, психообразовательные формы помощи больным и их семьям).

Предназначено для подростковых психиатров, психотерапевтов и клинических психологов.

## ВВЕДЕНИЕ

Фобические расстройства — наиболее распространенные психопатологические феномены детско-подросткового возраста. Легкость их формирования связана как с относительной (в сравнении с этапом психофизиологической зрелости личности) узостью диапазона доступных ребенку реакций, так и с его небогатым жизненным опытом, закономерно провоцирующими возникновение аффекта страха.

История изучения фобий в их медицинском аспекте начинается еще с работ Гиппократ, начало систематического подхода к их исследованию принято датировать 1871 годом, когда Karl Friedrich Otto Westphal описал феномен агорафобии. Несмотря на авторитет ученых, проводивших исследования в этой области, большой объем накопленных данных, подтверждающих высокую частоту данной психической патологии, потенциальный риск развития социальной дезадаптации, проблема фобических нарушений далека от окончательного разрешения. Ряд аспектов и прежде всего — раннее выявление, оценка клинической структуры, динамики фобических расстройств, формирующихся на этапе созревания личности, а также проблема оказания адекватной помощи при этих нарушениях остается предметом дискуссий.

*Обращаясь к проблеме фобических образований, следует иметь в виду, что детские страхи («физиологические страхи детского возраста» по В.В. Ковалеву, 1995) однозначно оцениваются специалистами в области детской*

*психологии и психиатрии как один из феноменов нормального развития. Далеко не случайно дефиниции страхов и фобий в определениях многих авторов практически совпадают, при очевидной необходимости разграничения этих состояний. Так, L. Miller, C. Barret и E. Hampe (1974) полагают, что «страхи становятся фобиями, когда влекут за собой превышение нормативного проявления, заданного данной ситуацией, не могут быть обоснованы или логически опровергнуты, неконтролируемы, ведут к избеганию предмета страха, сохраняются в течение длительного периода, мало изменяясь с течением времени, и не являются специфическими для определенного возраста и уровня развития». Критериями «патологического» страха (в отличие от нормального) по Н. Remschmidt (2001) являются чрезмерная его интенсивность; необычность содержания и объектов, его вызывающих; неадекватность реакции страха ситуации; хронификация ситуации страха; отсутствие у индивида возможности для уменьшения или преодоления страха; существенные ограничения, мешающие вести образ жизни, свойственный данному возрасту, вследствие страха.*

*Другие исследователи к числу главных различий между страхом и фобией в детском возрасте относят соответствие первых по фабуле и периоду возникновения возрастным параметрам, а также отсутствие их дисфункционального влияния на повседневную жизнь и функционирование развивающейся личности.*

Синдромы тревоги и страхов относятся к числу наиболее распространенных психопатологических феноменов детско-подросткового возраста.

Частота фобических нарушений в детской популяции составляет 7,7% (Agras W.S., 1979; Flament M., 1985). Доля клинически выраженных тревожных расстройств (к ним отнесены и фобии) в населении детско-подросткового возраста развитых стран составляет около половины от всей психической патологии в этой возрастной группе (Goodman R. et al., 2005).

По результатам последних скрининговых исследований, в нашей стране этот показатель гораздо выше и достигает почти 9%, тогда как на долю всех психических расстройств у лиц, не достигших 18 лет, приходится 15-20% (Слободская Е.Р. и др., 2008).

По данным А. М. Albano et al. (1996) 11% всех подростков, наблюдающихся психиатрами, обнаруживают клинически оформленные фобические расстройства.

Однако такие исследователи, как А. Pellissolo (2000), Р. Muris и др. (2000) полагают, что имеющиеся статистические данные о распространенности фобий в детско-подростковом населении заведомо значительно ниже реальных.

Известно также, что эти расстройства длительно не распознаются или недооцениваются, а интервал между возникновением очерченной фобической симптоматики и первичным обращением за специализированной помощью может превышать десять лет.

Причины ретардации и трудностей в диагностике фобий в подростковом возрасте:

- недостаточно четко сформулированные границы понятий «тревога», «страх» и «фобия»;
- возрастные особенности подросткового этапа созревания, определяющие синдромальную незавершенность, полиморфизм и нестабильность клинических проявлений;
- незрелость психологических механизмов, ответственных за критическое отношение к психической патологии;
- наличие культуральных стереотипов с представлением о нежелательности предъявления жалоб на страх/ тревогу, особенно для лиц мужского пола.

Все приведенные выше факты диктуют необходимость совершенствования системы мероприятий, направленных на раннее выявление и оптимизацию помощи подросткам, страдающим фобическими расстройствами.

Проведенное в отделе по изучению проблем подростковой психиатрии (руководитель отдела — доктор медицинских наук, профессор Н.А.Мазаева) ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН (директор — академик РАМН, профессор А.С. Тиганов) исследование на материале, полученном на контингентах подросткового кабинета ПНД № 21 г. Москвы и Подросткового консультативно-лечебно-реабилитационного отделения (ПКЛРО (ПЦ) ГКПБ № 15 г. Москвы, выявило, что фобические расстройства у подростков, обращающихся за помощью в государ-

ственные специализированные психиатрические структуры, обнаружались у 15,2 % больных.

Соотношение юноши : девушки составило 4,5 : 1.

Полученный показатель сопоставим с популяционными данными S. Schneider (2005), согласно которым у 12,7 % подростков 16-17 лет регистрируются клинически оформленные фобические расстройства. При оценке гендерного распределения оказалось, что полученные соотношения расходятся с распространенным представлением о предпочтительности формирования фобий у лиц женского пола. Так, по данным D. J. Bell-Dolan. et al., (1990), T. H. Ollendick et al. (1995) фобические расстройства выявляются у девочек-подростков в 1,5-2 раза чаще, чем у мальчиков.

Этому есть несколько объяснений:

- многие недавние скрининговые исследования приводят свидетельства большей склонности мальчиков/юношей к развитию психической патологии (включая фобические расстройства) (Слободская Е.Р. и др., 2008, Simpson G.A. et al., 2005, Goodman R. et al., 2005). Это полностью соответствует приводимым в классической детской психиатрии опирающимся на клинический опыт указаниям Г. Е. Сухаревой (1959) и Н. Stutte (1971) на то, что фобические расстройства реализуются преимущественно у мальчиков.

- возможно, что столь значительное преобладание в материале настоящего исследования подростков мужского пола связано не только с клиническими факторами, но и с фактором обращаемости в учреждения государственной системы здравоохранения. В основе подобной мотивации могут лежать широко распространенные в населении пред-

ставления об опасностях воинской службы и, соответственно, необходимости официального решения экспертных вопросов у юношей призывного возраста.

Такая необходимость возникает и у сотрудников призывных комиссий, направляющих призывников на обследование в учреждения психиатрической службы.

- соотношение юноши: девушки связано и с его нозологической структурой, в частности, со значимой долей больных, у которых диагностированы расстройства шизофренического спектра, дебютирующие в возрасте до 18 лет преимущественно у лиц мужского пола (Haffner H., 2005).

В населении, безусловно, могут обнаружиться несколько иные соответствия, мы же останавливаемся на картине того, что наблюдает психиатр, работающий в официальной психиатрической службе.

Обсуждаемые данные были получены при анализе результатов обследования 330 подростков 15-17 лет - 265 юношей (80,3%) и 65 девушек (19,7%).

### **Показания и противопоказания к применению метода**

Предлагаемый подход к оценке, представления о динамике, типологии и терапевтические стратегии предназначены для пациентов подросткового возраста с фобическими расстройствами различной нозологической природы. Методика не может использоваться у пациентов со злокачественными формами психических болезней («ядерной» шизофренией, органическими поражениями

ЦНС/ эпилепсией с грубой интеллектуально-мнестической недостаточностью); сопутствующей тяжелой соматоневрологической патологией; умеренной/тяжелой умственной отсталостью, а также при невозможности получения на больного объективных анамнестических сведений.

### **Материальное обеспечение метода**

Для проведения диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий с подростками, получающими специализированную психиатрическую помощь (в подростковых отделениях психиатрических стационаров, психоневрологических диспансерах, медико-социально-психологических центрах и др.) должны быть предусмотрены кабинеты индивидуального консультирования, оснащенные в соответствии с перечнем оборудования и демонстрационных материалов, предназначенных для работы подростковых психиатров.

Стационар/амбулаторное учреждение должно быть укомплектовано подготовленными кадрами подростковых врачей-интернистов (как широкого профиля, так и специалистов), неврологов, психотерапевтов, психологов, педагогов, дефектологов, социальных работников в соответствии со своим профилем или иметь возможность организации необходимых консультаций для уточнения диагноза/оказания необходимой полипрофессиональной помощи на базе иных лечебных структур.

## **Описание метода психопатологической принадлежности**

Анализ фобических расстройств в соответствии с диагностическими категориями МКБ-10 выявил, что около трети - 31,6% - приходится на расстройства шизофренического спектра (шизофрения, манифестные и вялотекущие формы; шизотипическое и шизоидное расстройства личности), еще одна треть - 31,3% - на органические непсихотические расстройства.

Остальная треть наблюдений распределяется примерно поровну между расстройствами адаптации (12,7%), аффективной патологией (12,4%), и формирующимися расстройствами личности нешизоидного круга (11,5%).

Клинический опыт показывает, что это подразделение является необходимым, но не достаточным для анализа фобий периода adolescence, оказания больным адекватной помощи и построения индивидуального прогноза.

**По критерию тематики** все фобические нарушения, обнаруживающиеся у подростков, можно разделить на три варианта: «архаические», усвоенные человеком в процессе эволюции, сюжеты (темноты, высоты, глубины, мистическими сюжетами: колдовства, ведьм, духов, привидений, Дьявола, Божьей кары); «информационные», с фабулой, заимствованной из доступных данных о потенциально возможных катастрофических событиях (техногенных авариях, природных катаклизмах); «реалистические», преломляющие реальный жизненный опыт пациента (разлуки, болезни, физическое насилие, школа).

**Клиническая квалификация** рассматриваемых расстройств позволяет подразделить их на две психопатологически гетерогенные категории – монофобии как изолированный симптомокомплекс (или даже феномен), и синдромально очерченные, клинически более полиморфные тревожно-фобические, обсессивно-фобические и другие состояния. Доля монофобий составляет 59,7% от общего числа фобических нарушений. Среди монофобий преобладает никтофобия (34,1 %), тогда как на все остальные, весьма разнообразные изолированные страхи (инсекто-/зоофобии – 8,2%, акро- 6,9%, монстро – 5,6%, батео – 2,9 %, лигиго - и другие фобии по 0,9 %) приходится в общей сложности 25,6%.

В пределах второй из выделенных выше категорий — психопатологически завершенных синдромальных образований (38,9 %) — максимальная доля – 20,7% – приходится на социофобические состояния. В структуре этого синдрома фобии представлены страхами социального взаимодействия, причем из них около половины непосредственно связаны с ситуацией обучения (эрейтофобия, школьная фобия, боязнь собственной некомпетентности, публичных выступлений и др.). На второй позиции после социофобий (суммарно – 8%) – аффективно заряженные, ассоциированные с тревогой фабулы, связанные с представлениями о смерти, одиночестве, разлуке, потере.

Агорафобические сюжеты занимают у изученных больных третье по частоте место – 7,3 %; доля мизо-/нозофобий составляет 1,8 % от общего числа обсуждаемых фобических фабул. Остальные страхи, отнесенные

к этой категории (изнасилования/похищения – 0,6%, вейт-фобия – 0,6%) представлены в меньшинстве.

У одного и того же больного может одновременно обнаруживаться несколько фобий с разными фабулами.

Определились значимые различия в сюжетном оформлении страхов и в их распространенности в зависимости от пола подростков. У юношей достоверно чаще, чем у девушек, обнаруживались детские изолированные страхи (темноты, одиночества), а также простые пространственные (высоты, глубины) и зоофобии. Гендерные различия касались также ипохондрических и мизофобий, особенно - сложных obsessions контаминации, почти не регистрировавшихся у лиц женского пола. Кроме того, у девушек-подростков в структуре социальных страхов не обнаруживалось таких, резко ограничивающих возможности функционирования, социофобий, как боязнь публичного приема пищи и неконтролируемых физиологических актов в обществе. Причем социофобические нарушения у них субъективно оказались менее мучительными. В то же время, только у девушек отмечалась вейт-фобия.

Только у 7% больных фобические нарушения впервые возникали с началом пубертата, в подавляющем большинстве случаев (93%) склонность к их формированию выявляется уже в раннем возрасте.

**Ранними предпосылками** к формированию фобий у подростков являются следующие факторы:

- 1) конституционально обусловленные личностные девиации в виде формирующихся расстройств личности или отдельных аномальных радикалов - сензитивно-

шизоидные, тревожные, истеро-возбудимые акцентуации при практическом отсутствии ананкастных (83,3% наблюдений);

2) воздействие нейробиологически измененной резидуальной церебрально-органической «почвы», включая невропатическую конституцию (74,2 % наблюдений).

Все фобические расстройства, обнаруженные у обследованных подростков, **по критерию возраста больных к моменту их манифестации** были разделены на три группы: впервые появившиеся в дошкольном возрасте (1 - 6 лет) - «раннее детство» на этапе начала школьного обучения (7-10 лет) – «среднее детство», в препубертате и пубертате (11-17 лет).

В числе отличительных особенностей фобических состояний у подростков, помимо насыщенности фабул элементами детского фантазирования, предпочтительности для лиц мужского пола, можно отметить также их нестабильность и изменчивость, наличие как сравнительно простых, так и сложных, в том числе, социально опосредованных. При этом возможна как их аутохтонная, так и реактивно/эндореактивно обусловленная динамика, согласующаяся в большей степени с этапами процесса развития личности, чем с параметрами болезни.

В дошкольном (1-6 лет) возрасте преобладающим оказался страх за собственную безопасность, связанный с воображением, насыщенный элементами детского фантазирования. Он проявлялся классической возрастной триадой (темноты, одиночества и сказочных персонажей, в том числе действующих лиц фильмов ужасов); отмечались

также простые фобии (пространственные, страхи животных/насекомых, громких звуков). Среди фобий, возникавших в «среднем» детском возрасте (7-10 лет), преобладающими являлись страхи смерти, проецировавшиеся как на себя, так и на значимых других (родители, близкие родственники), а также социофобии, преимущественно связанные с ситуацией школьного обучения, агорафобические нарушения.

К 14-15 годам социофобические феномены, в первую очередь относимые к школьной фобии, усложнялись, в первую очередь, за счет неоформленных сенситивных идей отношения, появлялись ипохондрические образования и другие расстройства, свойственные более старшему возрасту. По мере взросления социофобические нарушения, выявленные у пациентов в пубертате, за исключением процессуально обусловленных, обнаруживали регрессионные тенденции. С приобретением подростком личностной зрелости, жизненного опыта, коммуникативных навыков социофобии, связанные с ситуацией обучения, чаще сохранялись лишь в редуцированном виде, а в отдельных случаях практически полностью исчезали. Постепенно фобии утрачивали аффективную заряженность, а многие простые страхи (в частности, канеофобия) дезактуализировались.

Менее благоприятным оказался прогноз мизо- и ипохондрических фобий, обнаруживавшихся преимущественно у лиц с расстройствами шизофренического спектра и определявшихся закономерностями течения эндогенного процесса.

Фобические расстройства подросткового возраста представляют собой континуум, один из полюсов которого принадлежит нарушениям, обнаруживающим патогенетическое и психопатологическое сродство с физиологическими страхами детского возраста, другой – более сложным и полиморфным синдромальным структурам. Психопатологические особенности фобий в пределах этого континуума соотносятся с онтогенетическими закономерностями, определяющими процесс развития/созревания личности, ее возрастную динамику.

Многомерная типологическая модель фобических синдромов периода adolescence базируется как на оценке их места в клинической картине, так и на учете механизмов, ответственных за формирование и динамику. **В соответствии с местом в клинической картине** выделены следующие типы фобических синдромов: доминирующий (определяет клиническую картину у 15% больных); акцессорный (выявляется в структуре сложных синдромов в 64% случаев); изолированный (выступает в виде моносимптома вне связи с доминирующими проявлениями - 21% наблюдений).

Патогенетическая неоднородность фобических образований подросткового возраста определила их подразделение **по механизму развития** на следующие варианты:

- 1) Возникшие как конституционально обусловленные психопатологические образования, отражающие «архаические» филогенетические закономерности, не несущие собой клинико-динамической нагрузки;

2) Развившиеся как реактивные психопатологические формы и соответствующие клинико-динамическим стереотипам расстройств адаптации симптомокомплексы.

3) Сформировавшиеся в рамках различных клинических форм по невротическому механизму и, соответственно, отражающие закономерности неврозогенеза;

4) Обусловленные эндогенно-процессуальными механизмами неврозоподобные симптомы шизофренического процесса, протекающего на сравнительно нетяжелом, непсихотическом/субпсихотическом уровне.

В обследованной выборке конституционально обусловленные *изолированные* фобии с простой конкретной фабулой, ассоциированной с природной средой и животными, выявлены у 21% подростков. В отличие от других вариантов фобических образований, в этой части случаев в семьях отмечались идентичные фобические феномены в виде «сквозных семейных симптомов». Больные воспринимали свои опасения как реальные, естественные, мало задумывались о них вне столкновения с пугающими объектами, легко соглашаясь с недостаточной обоснованностью страхов (низкой вероятностью выпсть с балкона, встретиться со змеей в условиях мегаполиса). Такие изолированные фобии возникали на ранних этапах развития (преимущественно в дошкольном возрасте), не сопровождалась другими психическими расстройствами, не были связаны с эмоциональным и/или соматическим состоянием, личностными свойствами, возрастными кризисами. Момент первого контакта с фобическим стимулом точно идентифицировать не удавалось. Даже при активном расспросе, в ходе

воспроизведения в памяти пациентов фобической ситуации, подростки продолжали беседу нейтральным тоном, не обнаруживали признаков эмоциональной лабильности, сниженного настроения. Несмотря на сравнительно высокую аффективную заряженность страха в момент столкновения с потенциально опасной ситуацией, они не предпринимали активных попыток борьбы с ней. Отсутствие связанных с такими фобиями активных жалоб отражало их низкую значимость для повседневного функционирования подростков. Батео-, акро-, бронтото-, арахно-, офииофобии сопровождались психологически понятным избегающим поведением, непосредственно связанным с их сюжетами. Выбранный подростком паттерн избегания был проявлением «прямой защиты», оказывался легко прогнозируем, прост в реализации, практически не менялся с течением времени. Даже заметное ухудшение/улучшение (вплоть до полной редукции) основной симптоматики, определявшей состояние больных, не сопровождались существенными колебаниями интенсивности страхов. По миновании пубертата такие фобии сохранялись в практически неизменном виде.

Фиксированной «точкой отсчета» при развитии *«реактивных»* фобий является психическая травма, как кратковременная, так и длительная (последняя запускает механизм неврозогенеза). При разнообразии тематики страхов большинство из них относились к «фобиям внешнего стимула/импульса». При этом вектор страха направлен в будущее, видевшееся подростку сквозь призму актуальных фобических опасений. Избегающее поведение сопря-

жено с тематикой стрессора, сохранялась тенденция к пассивному уклонению от объектов и явлений, связанных с фобической фабулой. В ряде случаев выявлялось стремление пациентов не просто не сталкиваться с ней в реальности, но и дистанцироваться от всего связанного с ней (мысли, воспоминания, предметы, места). Значимость и практически неизбежное столкновение с объективно неблагоприятными реальными последствиями ухода от эмоционально тягостных социальных ситуаций (прогулов, отказа от ответов на уроках, сдачи экзаменов) представлялись подросткам неважными и мелкими в сравнении с мучительными переживаниями страха собственной возможной несостоятельности, неуспешности.

В подростковом возрасте такие клинические феномены оказывались вполне обратимыми, подверженными полной редукции, что подтверждается исчезновением школьной фобии по завершении среднего образования и успешной адаптацией подавляющего большинства больных в других учебных коллективах, нивелированием социальной неуверенности, повышением неоправданно заниженной самооценки в ходе обретения жизненного опыта, совершенствования коммуникативных навыков.

По мере удаления по времени от момента психогенного воздействия утрачивают свою актуальность такие расстройства, как канеофобия, агорафобические феномены со страхом пользования лифтом.

Фобии в картине шизофренического процесса определялись закономерностями развития и течения эндогенного заболевания. Ситуации/объекты, воспринимавшиеся под-

ростком как пугающие, нередко объективно не таили никакой опасности, фабулы опасений не только оказывались психологически невыводимы, но и могли не поддаваться стандартной, обыденной логике. Даже на первый взгляд тривиальные сюжеты страхов отличались нестандартной интерпретацией возможной опасности и ее потенциального ущерба для больного. Фобическая тематика нередко диссоциировала с возрастом, обнаруживалась утрированная наивность, «детскость» или, напротив, изощренная, характерная лишь для взрослой личности, зрелость в ее оформлении. Избегающее поведение отличалось вычурностью, сложностью, нередко носило символический, абстрактный характер, с течением времени приобретало черты стереотипий.

Фобическая симптоматика *в структуре психотических/субпсихотических состояний* шизофренической природы по времени возникновения и клинико-динамическим параметрам соотносилась с закономерностями эндогенного процесса. Фобии возникали в структуре психотического эпизода и момент их возникновения можно было четко идентифицировать. По мере разрешения острого состояния, параллельно с редукцией других расстройств, фобические симптомы становились менее выраженными; минование острого состояния сопровождалось их полной или частичной редукцией. Фобические фабулы включали страхи зеркал, отражений, двойников, чужого взгляда, несущего непонятную опасность, смерти, одиночества, темноты, нападения. От рудиментов бреда данные психопатологические феномены отличались наличием у пациентов элемен-

тов критического отношения к ним, ощущения эго-дистонности нарушений. Аффект страха характеризовался выраженностью, «всеобъемлющим» характером, остротой переживаний, напряженностью, был мучителен для больного. Быстро формировалось избегающее поведение, соотносившееся с сюжетом опасений (завешивание окон, отказ от пользования зеркалами, требование убрать их из комнаты и т.д.) и исчезавшее после завершения приступа. Несмотря на остроту состояния, не выявлялось часто обнаруживаемых у взрослых пациентов лиссофобий и контрастных страхов потери контроля. Пациентов не беспокоили опасения показаться окружающим безумными, неадекватными, не обнаруживалось диспсихофобических феноменов. Вероятно, это отражает не только относительную малочисленность описанных пациентов в общей когорте, но и тот факт, что страх потери контроля в качестве одного из условий формирования подразумевает определенную личностную зрелость пациента, считается следствием психопатологической трансформации ипохондрических фобических образований, также нехарактерных для континуума фобий подросткового возраста.

*В рамках вялотекущего эндогенного процесса* фобии возникали преимущественно аутохтонно, их появление было немотивированным, не соотносилось с событиями, которые можно было бы оценить как психотравмирующие, момент их появления определялся весьма неточно. Фабулы опасений отличались гротескностью, вычурностью, психологической необъяснимостью, несоответствием свойственным возрасту представлениям об окружающем мире и его

опасностях. Наряду с сохранявшимися детскими страхами с особой фабулой: масок, черепах, улиток, безобидных домашних животных, грибов (якобы способных вырасти под кроватью), санитарно-гигиенического оборудования, рекламных роликов нейтрального содержания, еще в детстве появлялись мизофобические, ипохондрические, социофобические расстройства. Гораздо реже выявлялись отражающие не столько религиозные взгляды, сколько смесь «магического мышления» и нередуцировавшегося сказочно-фантастического видения мира фасмо-, демоно-, виккафобических и других метафизических фобических феноменов.

Страхи контаминационного содержания объединяли боязнь загрязнения (включая моральное), заражения «микробами вообще». В качестве опасных, патогенных агентов эти подростки рассматривали чаще всего бактериальную флору, иногда частицы земли, пыль. Источники угрозы виделись им в любых «нестерильных», «грязных» поверхностях (дверные ручки, краны, клавиши унитазов, поручни метрополитена, наружная сторона повседневной одежды). Даже мимолетное пребывание вблизи визуально неопрятного, неаккуратного человека на улице провоцировало новый цикл контаминационных опасений и символических, но сюжетно связанных с фобической тематикой ритуалов избегания (многократное мытье рук, головы, стирка и чистка одежды). Подростки не выстраивали последовательных логических конструкций, объясняющих тонкие нюансы опасности, угрожающей пациенту в случае проникновения в его организм вредоносных носителей, нечетко пред-

ставляли себе механизмы развития вредной для их здоровья/жизни патологии. Уточнить ее характер они затруднялись, чаще всего употребляя слова «загрязненность», «болезнь» для ее характеристики. При невозможности довести до полного завершения нелепый по сложности выполнения, требующий большого количества времени и сил ритуал, больные ощущали неодолимую потребность повторять его до тех пор, пока он «не будет выполнен правильно, так, как это необходимо». Только после этого больные ощущали некоторое подобие душевного комфорта, точнее сказать отсутствие дискомфорта.

Нозофобии у таких больных отличались чуть большей конкретностью в восприятии потенциально пугающей ситуации, однако также характеризовались особой логикой выбора определенного заболевания. Часто речь шла о практически невероятных, исходя из способа заражения, возраста, образа жизни, для данного пациента страданиях (кипридофобиях при отсутствии эпизодов интимной жизни, спидофобии – переливания крови, лечения зубов).

Сюжетная вычурность распространялась и на социофобии, спаянные с личностно или процессуально детерминированным отсутствием истинной потребности в общении. Они существовали совместно с сенситивными идеями отношений, дисморфофобиями, страхи интерперсональных контактов, социального взаимодействия имели тенденцию к тотальной генерализации. Такие феномены отличались гипертрофированностью, могли принимать форму страха потери контроля за собственными физиологическими актами (упускание кишечных газов и т.д.) или их отпав-

лением в общественных местах (мочеиспускание, дефекация, реже – прием пищи). Социофобические феномены у этих больных также отличались ригидностью.

Контрастные obsессии были редкими, существуя в комплексе с фобиями с тематикой причинения физического вреда. Они выходили за рамки «obsессивно-компульсивного невроза» приобретая оттенок овладевающего представления.

По мере течения шизофренического процесса фобические нарушения расширялись, усложнялись, колеблясь по интенсивности в периоды эксацербаций и улучшений, на высоте ухудшения почти достигая уровня острого фобического приступа, при улучшении заметно ослабевая.

Уныло-тоскливое, тревожно-взвинченное настроение, наблюдавшееся у подавляющего числа этих подростков на начальных этапах развития эндогенного заболевания, довольно быстро сглаживалось, становилось монотонно-ангедоничным, невыразительным. Эмоционально нейтральное отношение к собственным страхам как к неотъемлемой составляющей повседневной жизни со временем начинало диссонировать со стойким избегающим поведением, приобретавшим характер отвлеченных ритуалов («перепроверки», «мытья и очищения»). Негативные расстройства, наряду с нарастающими аутистической отгороженностью от реального мира и эмоциональным обеднением, включали несвойственные больным ранее ананкастные черты (ригидность, консерватизм, утрированная прямолинейность суждений).

Изолированные фобии (глубины, высоты, а также страх темноты как скрытой потенциальной угрозы) носят архаический характер, наследственно детерминированы, воспринимаются подростком как часть его сущности и не приводят к дезадаптации. К ним примыкают фобии природных катаклизмов, техногенных аварий и других катастрофических событий, не затрагивающих непосредственно подростка. Они имеют социогенную природу, воспринимаются как нечто абстрактное. Фобии этого круга не соотносятся с какими-либо душевными болезнями, наследственной предрасположенностью. Они изменчивы по фабуле, редко сопровождаются избегающим поведением.

При фобиях, развивающихся по реактивно-невротическому механизму, стрессорная ситуация, как правило, касается непосредственно подростка. Значимую роль в их формировании играет личностная (врожденная или приобретенная) структура, а именно — выраженность сенситивного радикала, повышенная впечатлительность, неуверенность в себе, склонность к тревожным ожиданиям. Хотя фобии такого рода (социофобии, фобии ипохондрического содержания, животных) нозологически не специфичны, они обычно развиваются на фоне формирующихся расстройств личности или резидуально-органической симптоматики, приобретенной в результате воздействия пре- и перинатальных вредностей. В этих случаях фобии, как правило, имеют длительное ундулирующее течение, усиливаются в депрессивных фазах и часто коморбидны с астенической и аффективной патологией.

Фобии в структуре шизотипического расстройства (вялотекущей шизофрении) относятся к невротоподобной симптоматике и являются проявлением патологии непсихотического/субпсихотического уровня. Выступая в качестве составляющей сложных симптомокомплексов, они психопатологически трансформируются, отражая прогрессирующую динамику вялотекущего шизофренического процесса. Крайне редко фобии могут определять картину острых приступов шизофрении.

Анализ *коморбидных соотношений* между фобическими и другими психическими расстройствами у подростков показал, что они существенно отличаются от тех, что выявлены для взрослых контингентов.

Предпочтительным симптомокомплексом, сосуществовавшим с фобическими нарушениями, оказался астенический (88,9% больных). Это связано с комплексом факторов: повышением в последние годы удельного веса астенических нарушений в этой возрастной группе в целом, высокой органической стигматизированностью подростков, обращающихся за помощью к психиатру, сочетании сохраняющейся прослеживаемой с детства повышенной конституциональной уязвимости к формированию астенических нарушений и влияния психовегетативных и нейровисцеральных составляющих пубертатного криза, объективное возрастание учебных нагрузок в ситуации длительного «информационного стресса», увеличение в структуре пограничной психической патологии больных подросткового возраста и ранее значительной доли непсихотических расстройств резидуально-органической природы.

Примерно 12% подростков обнаруживали фобии в сочетании с аффективными расстройствами депрессивного полюса с характерными для подростков особенностями: относительно легким уровнем депрессивного аффекта, неравномерной представленностью различных компонентов депрессии с крайне незначительными выраженностью идеаторной и моторной заторможенности. Преимущественно речь шла о гипотимии с чувством снижения настроения, унынием, вялостью, равнодушием к окружающим, ангедонией при минимальной представленности витальных расстройств. Астено-депрессивные нарушения с преобладанием симптомов истощения преобладали над сугубо аффективными.

Сочетание фобий с паническими атаками для подростков нехарактерно и выявляется лишь в единичных случаях ближе к 18 годам и только у девушек (1,5 % случаев). При этом агорафобия (в отличие от взрослых, у которых она формируется вслед за паническими атаками — вторичная агорафобия) носит первичный характер. Сосуществование в изученной когорте фобий с соматоформными нарушениями встречалось у 2% больных, с компульсивными — у 3 %, что отражает низкую распространенность появления подобных расстройств в пубертате.

В клинической структуре фобий, наблюдавшихся в изученном контингенте, отмечены признаки социогенного патоморфоза. К его проявлениям относится трансформация сюжетов фобий (замена фокусов опасений с одних заболеваний на другие, появление новых фобических объектов), изменение частоты отдельных видов фобий

по отношению к их общей структуре (стремительный рост распространенности школьной фобии).

Источниками социогенного патоморфоза фобических нарушений у подростков являются: появление новых фобических объектов, потенциальные угрозы, порожденные широким использованием достижений научно-технического прогресса в повседневной жизни современного мегаполиса, популяризация сведений о строении Вселенной, происхождении жизни и опасностях окружающего мира, возникновение новых опасных социальных феноменов или возрождение исчезнувших былых.

В качестве общих особенностей, характерных для фобических расстройств в подростковом возрасте, можно выделить: высокий удельный вес нарушений, свойственных детскому возрасту, наличие элементов детского фантазирования в фобической фабуле, предпочтительная подверженность фобиям лиц мужского пола, возрастная динамика, отражающая процесс созревания, особая структура коморбидности.

Фобические образования подросткового возраста отличаются сравнительно нетяжелым течением, психопатологической пластичностью, тенденцией к регрессиентности, их наличие не является предиктором неблагоприятного прогноза состояния.

Незрелость когнитивных структур и процессов в пубертате определяла несформированность идеаторного компонента фобических расстройств у пациентов, отсутствие ощущения эго-дистонности, конвенциональности

нарушений, осознаваемого ожидания (тем более – активно-го поиска) помощи со стороны окружающих.

**Психологическую predisposition** к существованию фобий в подростковом возрасте обеспечивало состояние составляющих социального (антиципация) и эмоционального (алекситимия) интеллекта. Подростки с фобическими расстройствами недостаточно точно умели предвидеть развитие ситуаций, возникавших в ходе межличностного общения, предугадывать даже вполне очевидные варианты развития несложных житейских коллизий, неправильно оценивали или не принимали во внимание мнение окружающих, не проявляли эмпатии или не умели продемонстрировать ее в адекватной случаю форме. Неэффективность вероятностного прогнозирования, упрощенность, схематичность видения окружающего, неумение выйти за рамки собственного небогатого житейского опыта (осознаваемые или ощущаемые пациентами) формировали как неспецифическую predisposition к возникновению невротических нарушений в целом, так и служили благоприятной почвой для возникновения/закрепления социальных страхов/фобий. Незрелость обследованных больных касалась и *эмоционального интеллекта* - способности опознавать как собственные, так и чужие эмоции, анализировать их и, опираясь на полученные результаты, регулировать свои чувства, поведение и принимать решения. Особая эмоциональность подростков с фобическими нарушениями обуславливалась возрастной несформированностью эмоциональной сферы с характерной для пубертата неловкостью в выражении своих чувств. Органическая стигматизиро-

ванность, регистрирующаяся у подавляющего числа пациентов, обеспечивала некоторую конкретность представлений, определяла недостаток воображения, которое в норме позволяет личности развить тонкое эмоциональное восприятие собственных и чужих душевных движений. Кроме того, имеющиеся у изученных пациентов астенические расстройства с проявлениями истощения придавали дополнительную поверхностность эмоциональным и когнитивным процессам, сглаживая (или не позволяя полностью развиться) перцептивным свойствам. Это также предрасполагало к развитию фобий.

### **Ведение подростков с фобической симптоматикой**

*Раннее выявление, адекватная оценка природы фобических состояний, развивающихся у подростков, их клиническая квалификация представляется необходимым условием проведения своевременного купирования этой патологии и профилактики ее хронификации, а также ретардации и искажения процесса созревания и социальной адаптации личности.*

Комплексное лечение фобических расстройств, включающее медикаментозную терапию, психотерапевтические, психокоррекционные и психообразовательные вмешательства, направлено на решение следующих *основных задач*:

1. добиться максимальной редукции фобической и сопутствующей психопатологической симптоматики;
2. предотвратить закрепление дезадаптивных паттернов избегающего поведения;

3. сформировать у подростков набор конструктивных копинг-стратегий, ориентированных на оптимальное преодоление повседневных жизненных трудностей и необходимых для использования в стрессовых ситуациях;
4. минимизировать роль факторов, выступающих в качестве ранних предпосылок к формированию фобий (органические вредности и неблагоприятные соматические воздействия, психологическая незрелость) с помощью как общих психогигиенических (повышение витального тонуса, стабилизация иммунитета, гармонизация режима труда и отдыха), так и специальных психологических мероприятий;
5. повысить толерантность к стрессогенным воздействиям.

Учитывая длительность существования и преимущественно нетяжелый уровень тревожно-фобических расстройств в подростковом возрасте, основная роль в их терапии и, тем более, превенции, принадлежит специалистам амбулаторного звена специализированной психиатрической помощи.

В программу курации в качестве фактора стресс-протекции необходимо включать ряд неспецифических психогигиенических мероприятий, включая оптимизацию режима дня, использование тонизирующих физических нагрузок (занятия ЛФК, плавание, прогулки, подвижные игры), рационального питания.

Остановимся на некоторых нюансах составления сбалансированного режима питания для подростков, спо-

собного повысить их физиологическую толерантность к стрессу.

Рацион человека на этапе созревания должен содержать природные антиоксиданты, к которым относятся: аскорбиновая кислота (витамин С), токоферол (витамин Е), β-каротин (провитамин А), полифенолы: флавоноиды (часто встречаются в овощах), танины (в какао, кофе, чае), антоцианы (в красных ягодах) и ликопин (в томатах).

Кроме того, диета обязательно должны включать продукты, содержащие омега-3-жирные кислоты, как животного, так и растительного происхождения.

Составление терапевтических программ для конкретных пациентов было дифференцировано в соответствии с типом фобических нарушений.

При фобическом синдроме *доминирующего* типа больным назначалась активная патогенетически направленная психофармакотерапия.

а) Фобические образования, развившиеся в рамках *расстройств адаптации*, нуждались в терапии в соответствии с характером триггерного психотравмирующего воздействия: психофармакотерапия сочеталась с психотерапевтическими и психокоррекционными интервенциями, дифференцированными в соответствии с характером стрессора.

б) При фобических симптомокомплексах, сформировавшихся по *невротическому механизму*, проводилась активная и длительная психофармакотерапия в сочетании с долгосрочными психотерапевтическими программами

с привлечением социотерапевтических, психокоррекционных и психообразовательных вмешательств.

в) При фобических проявлениях *шизотипического расстройства*, несмотря на сравнительно нетяжелое течение болезни, основным методом лечения являлась комбинированная психофармакотерапия (серотонинергические антидепрессанты в сочетании с антипсихотиками), нефармакологические воздействия носили вспомогательный характер.

Терапия проводилась с учетом:

1) физиологических особенностей подросткового возраста: кризового характера и неравномерности созревания организма, в частности, незрелости нейромедиаторных систем с дисгармоничностью созревания серотонинергических, норадренергических и дофаминергических структур;

2) высокого уровня органической стигматизированности пациентов.

В связи с первостепенно значимой для подростков необходимостью продолжать учебу (максимально активно усваивая знания) предпочтение отдавалось препаратам с минимальной «поведенческой токсичностью», не вызывающим дневной сонливости, вялости, позволяющим пациенту сохранять или формировать новые познавательные навыки и расширять сферу интересов в соответствии с возрастными стандартами.

При лечебном вмешательстве принимается во внимание возможное возникновение эффекта «двойной дезадаптации», когда к нарушениям функционирования, обусловленным фобией как таковой и формирующимся избегаю-

щим поведением, присоединяются искажения процесса созревания личности, ее полноценного и своевременного взросления, усугубляющие дисгармоничность отдельных составляющих. Поэтому помимо терапевтических воздействий, направленных на собственно клинические проявления расстройства, в лечебно-реабилитационную программу включают тренинги социальных навыков, уверенности в себе, а также методики, способствующие гармонизации созревания.

### **Фармакотерапия фобических расстройств у подростков**

Единый подход к терапии фобических расстройств у подростков, к сожалению, до настоящего времени отсутствует.

Полученные нами данные подтвердили представление о том, что серотонинергические антидепрессанты (флувоксамин, сертралин, флуоксетин, пароксетин - СИОЗС) - это препараты выбора при терапии тревожно-фобических расстройств у подростков.

СИОЗС показали высокую эффективность, хорошую переносимость. Клинико-психопатологические особенности фобических образований подросткового возраста, нюансы реагирования на психофармакологические воздействия и необходимость сохранения высокого уровня интеллектуальной активности определяли показания к выбору антидепрессантов с мягко активирующими (флуоксетин), минимальными седативными (сертралин) или циркаднозависимыми (флувоксамин) свойствами.

Помимо препаратов, относящихся к данной группе, у обследованных пациентов применялись и трициклические антидепрессанты (ТЦА). Наиболее результативным из них при наличии развернутой фобической симптоматики оказалось применение кломипрамина (анафранила), особенно его пролонгированной формы (анафранил СР), позволяющей снизить кратность и избежать приема дневной дозы, пропуски которой характерны для пациентов, не достигших взрослого возраста.

Однако в целом ТЦА при терапии фобий у подростков не только менее эффективны, чем у взрослых (в силу физиологической незрелости структур головного мозга, на которые направлено их действие), но и часто провоцируют излишнюю седацию, нежелательную при амбулаторном ведении больного.

При использовании препаратов из группы ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСиН), в частности, милнаципрама (иксела), обнаружилась более частая, чем у взрослых, резистентность к данным препаратам.

Вне состояний спектра шизофрении для коррекции тревожно-фобических расстройств успешно применялись также атипичные антипсихотики (рисперидон). Их эффективность в этих случаях связана с тем, что мишенью воздействия антипсихотиков нового поколения являются области и нейромедиаторные системы мозга, участвующие в формировании аффектов тревоги и депрессии. Преимущество их (в сравнении с традиционными) состоит в том, что

они воздействуют на большее количество нейрональных структур и обеспечивают их пластическую перестройку.

Несмотря на относительно быструю редукцию симптоматики тревоги при фобиях, такие присущие подросткам особенности, как импульсивность, выраженность аффекта тревоги и страха, не позволили полностью отказаться от использования средств с минимально отставленным по времени и выраженным седативным эффектом. Поэтому не потеряли актуальность в терапии обсуждаемых нарушений анксиолитики, включая и бензодиазепины (альпразолам, клоназепам).

Однако обнаруженные у ряда пациентов толерантность или недостаточная чувствительность к подобным лекарственным воздействиям, а также потенциальная возможность быстрого формирования лекарственной зависимости в обсуждаемой возрастной категории определяли краткосрочность таких вмешательств. В связи с этим и для предотвращения синдрома отмены прием бензодиазепинов не превышал двух недель и завершался постепенным плавным снижением дозы до полной отмены.

Наряду с препаратами бензодиазепинового ряда при лечении нетяжелых тревожно-фобических образований оправдало себя применение иных по химической структуре «дневных» транквилизаторов, представленных довольно большой, разнородной в химическом отношении группой веществ (мепробамат, триметазин, адаптол, гидроксизин, гамма-амино-бета-фенилмасляной кислоты гидрохлорид, пророксан, тенотен). В связи с плейотропностью спектра активности этих препаратов они часто позиционируются

как принадлежащие к другим группам лекарств, например, фенибут (гамма-амино-бета-фенилмасляной кислоты гидрoхлорид) относят к ноотропоподобным средствам с непрямой ГАМК-миметической активностью, тенотен - к стресс-протекторам, предупреждающим возникновение яркой эмоциональной реакции на стресс, развитие вегетативных и гормональных сдвигов, характеризующих стрессовое состояние. Именно наличие нескольких мишеней воздействия у этих средств обуславливает их значимость в схеме помощи в подростковом возрасте, когда важным оказывается не столько сила, сколько безопасность препарата и возможность одновременного влияния на иную симптоматику (астеническую, резидуально-органическую и т. д.).

Эффективен был гидроксизин (атадекс), к чьим несомненным достоинствам можно отнести мягкость анксиолитического эффекта, отсутствие формирования зависимости, сохранение высокого уровня дневной активности, необходимой для продолжения обучения. Нарушения ритма сон-бодрствование хорошо корригировал адаптол, дополнительными (помимо противотревожного) свойствами которого являлась коррекция поведенческих нарушений и нежелательных вегетативных проявлений, возникающих при приеме нейролептиков.

При нетяжелых расстройствах адаптации, протекающих с фобической симптоматикой, результативность продемонстрировал тенотен, содержащий антитела к белку S-100, циркулирующему в отделах головного мозга, ответственных за адекватное эмоциональное реагирование.

Механизм действия этого препарата основан на восстановлении нарушенной ГАМК-ергической нейротрансмиссии. При этом наряду с редукцией тревожно-фобических проявлений (за счет сочетанных анксиолитического, тимоаналептического и стресс-протективного свойств) удавалось добиться и улучшения когнитивных функций подростка (в результате ноотропного и мягкого антиастенического действий).

Из фитопрепаратов наиболее оправдано применение Ново-Пассита, сочетающего довольно высокую анксиолитическую активность, дававшую возможность устранить все составляющие тревоги, включая вегетативную (расстройства сна, напряжение мышц, цефалгии), с антиастеническим воздействием при практическом отсутствии нежелательных эффектов.

Персен (как и персен-форте) в качестве монотерапии использовался лишь при расстройствах субклинического уровня или в качестве одной из составляющих на завершающих этапах программы курации при сохранении выраженных психовегетативных нарушений. Его преимуществом в этих случаях был хороший профиль безопасности, переносимость, практическое отсутствие значимых побочных действий и нежелательных реакций, в том числе и при применении совместно с другими лекарственными средствами.

Экстракт пиона также применялся для оказания помощи лицам с легким уровнем расстройств. Наличие у него, наряду с анксиолитическим и стресс-протективным, антигипоксического, мембраностабилизирующего, антиок-

сидантного эффектов делало его применение наиболее оправданным при фобических расстройствах в структуре органических непсихотических нарушений. Целесообразным было назначение в таких случаях экстрактов патринии и пассифлоры.

У больных с фобической симптоматикой в структуре шизофренических расстройств с учетом высокого удельного веса в клинической картине апато-абулических и астено-депрессивных проявлений предпочтительным оказался выбор средств с активирующим эффектом. Сложность ведения подобных пациентов определяется тем, что традиционные нейролептики по механизму действия не вполне соответствуют синдромам-«мишеням» и нередко обладают высокой «поведенческой токсичностью». Кроме того, у части больных, несмотря на прием невысоких доз этих средств (от 1/2 до 2/3 от среднетерапевтических, рекомендованных для взрослых пациентов) быстро развиваются симптомы нейролепсии. Наиболее эффективными и безопасными оказались трифлуоперазин, алимемазин, при ипохондрических фобиях – сульпирид.

Сложные психопатологические структуры, включающие наряду с другими позитивными расстройствами фобическую симптоматику и негативные симптомы, лучше поддавались воздействию атипичных антипсихотиков (в частности, рисперидона).

Выбор препаратов лимитировался тем, что подавляющее большинство из них не рекомендовано официально для применения в подростковом возрасте. Это, в частности, вызвано потенциальной возможностью развития при их

приеме ряда серьезных нежелательных эффектов, выявленных на взрослых контингентах. Кроме того, высокая стоимость лекарств и ограниченные финансовые возможности родных больного в части случаев делало невозможным их применение в амбулаторных условиях.

Атипичные нейролептики, также использовавшиеся в невысоких дозах, оказались эффективными при курации фобических нарушений, кроме того, они в значительно меньшей степени, по сравнению с традиционными, подавляли активность пациентов, практически не вызывали экстрапирамидных расстройств. Однако при их применении (особенно длительном) обнаруживались такие редко встречающиеся у взрослых больных нежелательные явления, как общетоксические (панкреатит) и эндокринные (резкое увеличение массы тела, повышение уровня глюкозы в крови, нарушения менструального цикла, гиперпролактинемия, сопровождающаяся галактореей, гинекомастией). Данные особенности, вероятно, определяются незрелостью nigrostriato-префронтальной тормозной системы и нестабильностью гормонального статуса подростков.

Для достижения более выраженного, быстрого и гармоничного воздействия на эмоциональную и соматовегетативную симптоматику, превенции усугубления тревоги, редукции диссомнических расстройств и нормализации активности использовались также нормотимики (карбамазепин, соли лития).

В таблице 1. приведены основные препараты, использовавшиеся для курации подростков с фобиями разной нозологической природы.

**Табл.1. Психофармакологические препараты,  
использовавшиеся при терапии подростков  
с фобическими расстройствами**

Класс	Название международное (торговое)	Макс. доза (мг/сут)	
Нейролептики	хлорпромазин (аминазин)	150	
	левомепромазин (тизерцин)	25	
	алимемазин (тералиджен)	15	
	перициазин (неулептил)	10	
	тиоридазин (сонапакс)	50	
	сульпирид (этаперазин)	10	
	трифлуоперазин (трифтазин)	15	
	клозапин (азалептин)	75	
	галоперидол	4.5	
	перфеназин (эглонил)	200	
	Зуклопентиксол (клопиксол)	30	
	рисперидон (рисполепт)	4	
	Анксиолитики	тофизопам (грандаксин)	5
		гидроксизин (атаракс)	10
бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (феназепам)		0.5	
клоназепам		5	
альпразолам (ксанакс)		1	
дикалия хлоразепат (транксен) адаптол		10 1000	
Антидепрессанты			
ТЦА	амитриптилин	75	
	анафранил (кломипрамин)	50	
ТтЦА	мапротилин (людиоимил)	75	
СИОЗС	пароксетин (паксил)	20	
	флуоксетин (прозак)	20	
	флувоксамин (феварин)	50	
	сертралин (золофт)	50	
ИОЗСиН	милнаципран (иксел)	50	
Нормотимики	лития карбонат	900	
	карбамазепин (финлепсин)	600	
Корректоры	тригексифенидил (циклодол)	6	

Медикаментозная терапия у подростков с фобическими расстройствами с учетом фактора возраста, высокого уровня органической стигматизации и частоты астенических нарушений всегда носила комплексный характер.

Наряду с антипсихотиками, антидепрессантами, анксиолитиками, нормотимиками пациентам назначались ноотропные (нейрометаболиты, церебропротекторы), сосудистые, мочегонные средства, актопротекторы (как растительного или животного происхождения, так синтетические – мексидол - или относящиеся по химической структуре к витаминам групп В, С, Р, Е), а также антиоксиданты. Это позволяло улучшить когнитивно-мнестические функции, повысить витальный тонус больных, их толерантность к нагрузкам, устранить повышенную истощаемость, диссомнии, уменьшить выраженность цефалгий, метеопатий. Несмотря на частоту и выраженность астенических расстройств, применение у подростков с фобической симптоматикой подавляющего большинства собственно антиастенических препаратов нового поколения (ладастен, энерион) не представлялось возможным из-за возрастных ограничений, их роль выполняли ноотропы, актопротекторы, антиоксиданты. При этом предпочтение отдавалось препаратам с умеренно активизирующим или гармонизирующим профилем действия, поскольку средства с выраженными стимулирующими свойствами способны легко провоцировать усиление фобических проявлений, появление/усугубление поведенческих девиаций и расстройств сна.

При наличии внутричерепной гипертензии показано регулярное назначения курсов мочегонных, предпочтительно – ацетазоламида (диакарба), учитывая его позитивное влияние на нормализацию внутричерепного давления.

**Табл.2. Основные препараты ноотропного действия, применявшиеся у подростков с фобическими расстройствами**

Фармакологическая группа	Название препарата международное (торговое)
Производные пирролидона (рацетамы)	пирацетам
Препараты, усиливающие холинергические процессы Альфа-адреноблокаторы	холина альфосцерат (глиатилин) ницерголин (сермион)
ГАМК-ергические препараты	гамма-аминомасляная кислота, гопантеновая кислота (пантогам)*, никотиноил-гамма-аминомасляная кислота (пикамилон)*, гамма-амино-бета-фенилмасляной кислоты гидрохлорид (фенибут)*, натрия оксибутират
Глутаматергические препараты	глицин*, янтарная кислота +лимонная кислота (лимонтар)*, пиридоксин +треонин (биотретдин)*
Нейропептиды и их аналоги	церебролизин*, кортексин*
Антиоксиданты и мембранопротекторы	метилэтилпиридинола сукцинат (мексидол)*, тетраметилтетраазабициклоктандиол (адаптол)*, актовегин*
Препараты гинкго билоба	билобил, танакан, мемоплант
Блокаторы кальциевых каналов	циннаризин
Церебральные вазодилататоры	винпоцетин (кавинтон)*
Адаптогены	ацетиламиноянтарная кислота (когитум)*
Многокомпонентные препараты	гексобендин +этамиван+этофиллин (инстенон)*

*Препараты, отмеченные в таблице \*, обладают выраженным плейотропным эффектом, причем интенсивность ноотропного действия далеко не всегда преобладает над анксиолитическим, нейротрофным, нейрометаболическим, антиоксидантным и другими компонентами их спектра активности, что следует учитывать.*

Если для взрослых пациентов комбинация психологических и фармакотерапевтических подходов считается лишь целесообразной, то для подростков сочетанное вмешательство представляется абсолютно необходимым.

При *акцессорном* типе фобий, существующих в структуре сложных психопатологических состояний (например, тревожных депрессий), фобии редуцировались по мере обратного развития основного симптомокомплекса, определявшего клиническую картину. У таких пациентов речь шла лишь о выборе оптимального набора препаратов, учитывающих наличие фобических нарушений.

Фобии *изолированного* типа (преимущественно простые пространственные или зоофобии) в значительной части случаев не нуждались в активной фармако- или психотерапии в силу их конституциональной обусловленности, тенденции к аутохтонному регрессу по мере взросления подростков. В то же время пациентам с указанными фобическими расстройствами были необходимы профессиональное психологическое консультирование и сопровождение, в частности, направленные на профессиональную ориентацию.

## **Нефармакологические подходы к терапии фобий у подростков**

В подростковом возрасте *психотерапия и психокоррекция* имеют ряд особенностей, затрудняющих психотерапевтические вмешательства вне зависимости от их конкретного вида.

К их числу принадлежат:

- отсутствие/недостаточность критического отношения к расстройствам;
- отклонение предложений о помощи;
- неприятие «взрослых» авторитетов;
- ожидание немедленного эффекта от вмешательства и, как следствие, отрицательное отношение к длительной работе с психотерапевтом.

Преодоление подобных трудностей составляет содержание этапа, предшествующего собственно психотерапии.

Как и во взрослом возрасте, когнитивная и поведенческая терапия показали высокую результативность в отношении разрешения фобической симптоматики.

При терапевтическом вмешательстве, направленном на фобические нарушения доминирующего типа, эффективны были конфронтационные техники (систематическая десенсибилизация, конфронтация, как воображаемая, так и реальная), использующие столкновение с вызывающим страх объектом. Однако, например, флудинг (метод терапии фобий с погружением пациента в максимально пугающую его ситуацию) за счет интенсивного переживания пациентом отрицательных эмоций, нередко заставлял его

отказаться от дальнейших сессий, поэтому занятия обязательно сопровождалась тренингами релаксации.

Именно в пубертате для ряда фобий актуальны специфические, именно на их устранение нацеленные программы воздействий. Так, специально для курации школьной фобии (помимо медикаментозного воздействия, в тех случаях, когда оно было необходимо) применялся комплекс методик, направленных на понимание самим пациентом истинной цели получения образования, формирование у него собственной учебной мотивации и нивелирование отрицательного отношения к школе. Для решения данных задач требовались индивидуальные подходы и коррекция требований к пациенту, выдвигаемых в ходе учебного процесса родителями и педагогами. Для достижения этой цели, а также оптимизации усвоения академических знаний нередко приходилось индивидуально работать не столько с самим больным, сколько с его микросоциальным окружением. Так, при возникновении школьной фобии после конфликта с педагогом часто оказывался необходимым перевод пациента в другую школу/класс вне связи с адаптационными возможностями больного и его семьи.

В подростковом возрасте эффективной интервенцией при терапии фобий оказалась глубинно-психологическая разговорная терапия. Причем оптимальным был подход, когда врач не ограничивался тематикой фобических нарушений, разъяснением теоретических аспектов их возникновения, возможностей преодоления, но и привлекал подростка к анализу проблем, ситуаций, конфликтов, актуальных для данного возраста, включая отношения с референт-

ной группой сверстников, «значимыми другими». При этом важно было продемонстрировать пациенту неформальное понимание сложностей, с которыми тот столкнулся (как связанных с наличием фобической симптоматики, так и с этапом становления личности, формирования Я-концепции). В процессе работы проговаривались и частично осваивались оптимальные стратегии поведения в ситуации столкновения с пугающим объектом, как уже выработанные и используемые пациентом, так и новые для него. Именно их, прежде чем будет проводиться осторожное вмешательство, сам подросток должен оценить с точки зрения результативности борьбы со страхом, простоты, возможности применять в повседневной жизни.

Помимо методик, снижающих напряженность аффекта страха, необходимым для подростка оказалось одновременное создание шаблонов конструктивных стратегий преодоления для различных ситуаций, обучение способам решения проблем, выбор конструктивных поведенческих паттернов и их положительное подкрепление.

Для детей и подростков проблема выбора наиболее конструктивных способов поведения в социуме гораздо более сложна и неоднозначна, чем для взрослых, у которых (например, в родительской семье) они частично их заимствуют. Оказалось, что использование «активных» копинг-стратегий (считающихся для взрослых, страдающих фобиями, оптимальными и чрезвычайно эффективными) коррелирует у незрелой личности с серьёзными проблемами в поведении и опосредовано способствует сохранению тревожно-фобической симптоматики. Напротив, для

детей/подростков предпочтительными оказались «пассивные» варианты преодоления трудностей. Использование стратегий избегания соотносится с меньшим количеством нарушений поведения в школе, лучшей социальной компетентностью. Видимо, именно подобный стиль преодоления является проявлением социально одобряемых форм коммуникаций в школьной среде, когда стрессовая ситуация является неконтролируемой, и именно уход от конфликта помогает предотвратить усугубление негативной ситуации.

*Социореабилитационные вмешательства* включают психокоррекционные и социотерапевтические методики, а также психообразовательные программы, тренинг уверенного поведения, социально-психологический тренинг с приобретением поведенческих и когнитивных умений, необходимых для оптимизации копинг- стратегий.

В дизайн оказания помощи включались тренинговые методики, позволяющие развить "когнитивные" (понимание возможных мотивов окружающих, знание правил общения, коммуникативную компетентность), эмоциональные (включая способность к сопереживанию и выражению собственных чувств и "поведенческие" (социальную конформность, готовность к межличностным отношениям) составляющие социального интеллекта. Для оптимизации социальной компетентности использовались также методы имитационного научения, формируемого путем наблюдения, участия в ролевых играх, в ходе специальных занятий.

Помимо индивидуальной, применялась и групповая психотерапия, нацеленная на повышение социальной компетентности больных, помощь в приобретении навыков

конструктивного общения, коррекции уже сложившихся ранее неудачных поведенческих стереотипов, расширения представлений подростков об окружающем мире, собственной личности, перспективах и возможностях, открывающихся перед взрослеющим человеком, его месте в жизни. В процессе групповых занятий корректировалась характерная для пубертата неловкость в выражении своих чувств, нивелировалась боязнь показаться смешным или слабым, открыто проявив их. Психотерапия позволяла сформировать более глубокие представления об окружающих, восполнить знаниями недостаток воображения, ранее ограничивавший подростка в эмоциональном восприятии собственных и чужих душевных движений.

Учитывался вклад семьи в формирование страхов у ее младших членов, начиная от конституциональной предрасположенности к подобным расстройствам, «наследования» фобических фабул, до деструктивных вариантов стиля семейного взаимодействия, препятствующих своевременному усвоению навыков социализации, ослабляющих адаптивные возможности личности. Это определяло необходимость и значимость **семейной терапии** с элементами реорганизации сложившегося неоптимального типа взаимоотношений между родственниками. Результативность психотерапевтического вмешательства во многом определялась качеством сотрудничества с семьей, достижения комплайенса с родителями, их готовности принять реальную сущность имеющихся у подростка психопатологических расстройств, а также психологических проблем, выходящих за рамки сугубо клинических нарушений.

Мишенями для вмешательства являлись не только симптоматика, имеющаяся у подростка, его личность и поведение, но и семейные взаимодействия и установки.

Таким образом, оказание максимально эффективной помощи подросткам с фобическими расстройствами требует использования дифференцированных в соответствии с конкретными нарушениями терапевтических стратегий, интеграции в терапевтический план фармако- и психотерапевтических мероприятий, тренинговых программ, работы с семьей пациента. Только такой подход, с привлечением педагогов и родных в качестве активных участников реабилитационного процесса, дает возможность добиться оптимального уровня адаптации.

В рамках комплексного подхода к проблеме основное место в социотерапевтическом процессе отводилось работе с самим подростком. Именно на него была ориентирована основная часть психотерапевтических, психокоррекционных и психообразовательных мероприятий.

Кроме того, использовались *психообразовательные* программы, как специально предназначенные для родителей, так и общие, профилированные для родителей и педагогов, направленные на формирование адекватной реальности, целостных, непротиворечивых общих представлениях о психических (в частности, фобических) нарушениях у детей и подростков, их сущности, проявлениях, возможных последствиях, лечении. Особенно важна была подобная работа в связи с крайне незначительной осведомленностью родителей и школьных учителей не только в вопросах

психической/соматической патологии, встречающейся у детей и подростков, но и в психофизиологических особенностях нормального телесного и личностного развития ребенка, особенно, когда речь идет о периоде пубертата. Акцент при этом делался на выработке конструктивного подхода к наличию психических нарушений, возможности и необходимости оказания помощи юным пациентам. Целью ее являлось создание динамичной системы социальной поддержки, позволяющей оптимально реализовать не только собственно терапию, но и улучшить усвоение больными академических знаний, социально-коммуникативных навыков, и помощь в осуществлении максимально гармоничного личностного созревания со своевременным становлением Я-концепции подростка, предотвращение усвоения и закрепления неконструктивных копинг-стратегий, в частности, примитивных вариантов психологической защиты, выражающейся нередко в реакциях активного и пассивного протеста.

Психообразовательные программы, предназначенные для самих пациентов и их взрослого окружения, заметно различались. Подросткам требовались более краткие, ярко и красочно изложенные, нередко – визуализированные варианты, прицельно направленные на обнаруживающиеся расстройства и проблемы подросткового возраста. В качестве одной из составляющих психообразования использовался просмотр художественных фильмов, чтение книг с описанием соответствующей симптоматики, приводились примеры литературных персонажей и реальных историче-

ских личностей с разъяснением природы их расстройств и использованных ими удачных или неудачных стратегий.

Реализация комплексных методик, направленных на создание «антифобического барьера» у подростков, включая формирование социальной сети как стресс-протектора, оказывалась максимально результативной только в условиях полипрофессионального взаимодействия специалистов (психиатров, психологов, психотерапевтов, педагогов) и родителей пациентов.

### **Эффективность метода**

Пособие было результатом детального анализа эпидемиологического, клинико-катамнестического, патопсихологического исследования 330 пациентов (265 юношей, 65 девушек) 15-17 лет с фобическими расстройствами в структуре различной психической патологии.

Данные о социальном статусе обследованных подростков свидетельствуют о том, что психическая патология у них не сопровождается выраженной учебно-социальной дезадаптацией. Подавляющее большинство (76,7%) пациентов обоего пола продолжает обучение в обычных условиях (средняя школа, лицей, колледж, ВУЗ) и лишь для 18,5% учащихся оказалось необходимым создание особых условий (индивидуальное обучение – 8 наблюдений, в экстернатах - 7, частных – 4 и вечерних сменных школах - 6, школах при психиатрических больницах - 5, в частных ВУЗах - 4, на коммерческих отделениях государственных учебных заведений - 14 наблюдений. Больше половины (9 из 17) от общего числа подростков, имеющих инвалид-

ность, продолжает обучение. Тот факт, что примерно равная доле инвалидов по психическому заболеванию – 5,2 % - часть подростков - 17 наблюдений, не работает и не учится, нельзя объяснить лишь имеющимися у них психическими нарушениями. В ряде социально-психологических исследований констатируется изменение мотивации к трудовой деятельности в нашей стране в последние годы в сравнении с более ранним периодом. По данным отечественных исследователей, лишь около трети школьников к моменту окончания учебы обнаруживают сформированные профессиональные предпочтения. Причем часто матрица профессионального выбора ориентирована в большей степени на социальный престиж и возможность получения высокой зарплаты, чем на интерес к конкретной специальности или, хотя бы, на реальную возможность получения работы в данной сфере. Значительная часть подростков видит в трудовой деятельности тягостную обязанность, связанную с необходимостью зарабатывать себе на жизнь. Только около 20% из них полагают, что стали бы работать при отсутствии финансовых проблем. Кроме того, зарегистрированная у обследованных подростков ретардация психического развития сопровождается несформированностью мотивации к просоциальным формам деятельности, требующим усилий.

Таким образом, учебно-социальную адаптацию пациентов изученной выборки можно определить как высокую, поскольку только 5,2 % из них не заняты учебой или работой.

Клинико-катамнестическое обследование пациентов с фобической симптоматикой доминирующего, акцессорного и изолированного типов проводилось с целью оценки динамики их психопатологических нарушений и учебной деятельности как основного вида социальной активности. Катамнестическое прослеживание подростков с фобиями показало, что во всех трех группах, независимо от нозологической принадлежности расстройств, произошли заметные положительные изменения.

Фобическая симптоматика, если и не редуцировалась полностью, то обнаруживала заметную тенденцию к регрессу, что отмечалось даже у пациентов с расстройствами шизофренического спектра. По мере взросления у пациентов уменьшались излишняя сосредоточенность на собственных опасениях, преувеличенное внимание к ним, растерянность, неумение правильно расставить приоритеты при решении проблем.

Оказалось, что наиболее благоприятная динамика регистрировалась у пациентов группы с изолированными фобиями (при отсутствии развернутой симптоматики аддикций, расстройств поведения), часть из которых (канефобия, страх лифтов и т.д.) полностью редуцировались, часть же, сохраняясь, никак не влияли на повседневное функционирование больных. Подавляющее большинство больных этой группы продолжили учебу в средних специальных и высших учебных заведениях.

1) Прослеженные подростки демонстрировали качественное повышение академической успеваемости, они не только успешно справлялись с формальными учебными

требованиями, но демонстрировали достижения, соответствующие как собственным интеллектуальным возможностям, так и уровню своих здоровых сверстников.

2) В процессе приобретения знаний взрослеющие пациенты использовали более широкий диапазон поведенческих сценариев с увеличением доли конструктивных копинг-стратегий.

3) Снижение интенсивности фобий у этих больных соотносилось с уменьшением выраженности когнитивной «сверхнастороженности», ставило барьер постоянным поискам признаков истинной или мнимой недоброжелательности в поведении окружающих, что позволяло им сосредоточиться на освоении учебной информации и нивелировало потребность в занижении притязаний.

5) Редукция когнитивных нарушений в юношеском возрасте у обследованных проявлялась в улучшении количественных показателей эффективности умственной деятельности (повышении пластичности познавательных процессов, улучшении качества произвольного внимания, ускорении темпа выполнения заданий, уменьшении количества допускаемых ошибок).

6) Пациенты обнаруживали вполне сформированное абстрактно-теоретическое мышление, адекватное возрасту, интеллектуальному потенциалу и уровню получаемого образования. При этом они проявляли умение анализировать учебный материал, выделять главное в потоке информации, а также структурировать усвоенное, использовать знания для решения задач, делать самостоятельные выводы. По мере взросления у них формировалась собственная

осознанная мотивация к учебной деятельности, освоению будущей профессии и приобретению высокой компетентности в будущей профессиональной сфере.

Применение предложенной многомерной модели диагностики и лечения фобических расстройств, проведение описанных комплексных лечебно-коррекционных мероприятий дает возможность оптимизировать диагностический процесс, облегчить выбор терапевтического подхода для каждого конкретного пациента, сократить интервал между появлением оформленных фобических расстройств и оказанием необходимой подростку помощи.

Дифференцированный подход позволяет врачу-психиатру без ущерба для пациента ускорить процесс подбора терапии, правильно определить объем, длительность и конкретную комбинацию психофармакологических препаратов, при необходимости - последовательность их применения. Кроме того, расширение рамок и форм реабилитационного процесса за счет включения психотерапевтических, психокоррекционных, социореабилитационных методов обеспечивает не только разрешение фобической симптоматики, но и гармонизацию процесса взросления подростка, выработку и усвоение им конструктивных жизненных стратегий, необходимых для нормального социального функционирования.

## Приложение №1

### Глоссарий основных использованных терминов

*Алекситимия* (греч. а—частица отрицания, lexis — речь, слово, thymos — настроение, чувство) - неспособность к осознанию, выражению и описанию собственных чувств, душевного состояния.

*Антиципация* - способность личности предвосхищать ход событий, прогнозировать развитие ситуаций и собственные реакции, поведение и переживания.

*Вероятностное прогнозирование* - умение сопоставлять поступающую информацию о конкретной ситуации с хранящимся в памяти соответствующим опытом и на основании такого сопоставления строить предположения, приписывая им ту или иную степень достоверности.

*Контаминация* – (лат. contaminatio – соприкосновение) – навязчивый страх соприкосновения, загрязнения, в традиционной терминологии – мизофобия.

*Копинг-стратегия* - непрерывно меняющиеся когнитивные и поведенческие усилия, применяемые индивидуумом, чтобы справиться с внешними/внутренними нагрузками в системе «человек-среда».

*Невропатия* (син. «врожденная детская нервность», «конституциональная нервность», «эндогенная нервность», «невропатическая конституция», «синдром вегетативно-висцеральных нарушений», «повышенная нервно-рефлекторная возбудимость») - синдромы с явлениями повышенной возбудимости нервной системы и незрелости вегета-

тивной регуляции, в происхождении которых участвуют экзогенно-органические факторы, действующие в пре-, пери- и раннем постнатальном периодах.

*Ноотропы* – химически разнородные препараты, оказывающие прямое стимулирующее влияние на высшие интегративные функции мозга, в частности, память, внимание и способность к обучению, а также повышающие устойчивость мозговых структур к воздействию повреждающих факторов (включая нагрузки и гипоксию) и восстанавливающих кортико-субкортикальные связи. Традиционно их подразделяют на истинные ноотропы, обладающие узконаправленным ноотропным эффектом и ноотропоподобные средства с широким (антиоксидантным, стресс-протективным, анксиолитическим и др.) спектром действия.

*Патоморфоз* (греч. патос- страдание, горе, болезнь + морфо – вид, наружность) – изменение клинических и морфологических проявлений болезней в связи с воздействием различных факторов. Подразделяется на возникший спонтанно (конституционально-генетический, возрастной, гендерный) и индуцированный действием различных внешних факторов (социогенный, терапевтический, экзогенный, экологический).

*Плейотропный эффект* - одновременное влияние препарата на несколько синдромов-мишеней за счет включения в организме различных биохимических процессов; а также на дивергенцию нескольких патологических процессов, исходящих от основной (единственной) мишени.

*Социальная компетентность* — базисная, интегральная характеристика личности, отражающая ее достижения

в развитии отношений с другими людьми, обеспечивающая полноценное овладение социальной реальностью и дающая возможность эффективно выстраивать свое поведение в зависимости от ситуации и в соответствии с принятыми в социуме на данный момент нормами и ценностями. Способность индивида эффективно взаимодействовать с окружающими его людьми в системе межличностных отношений. В ее состав входит умение ориентироваться в социальных ситуациях, правильно определять личностные особенности и эмоциональные состояния других людей, выбирать адекватные способы обращения с ними и реализовывать эти способы в процессе взаимодействия.

*Социальный интеллект* — способность правильно понимать поведение людей, мотивы их поступков и предвидеть возможные последствия предпринятых собой и другими действий. Включает три составляющие: когнитивную (социальные знания, память, интуицию и прогнозирование), эмоциональную (выразительность, способность к сопереживанию, саморегуляции) и поведенческую (восприятие, взаимодействие, адаптация в обществе).

*Стресс-протектор* – вещество/фактор, способные блокировать/минимизировать развитие реакции на стресс.

*Фобия* – иррациональный страх, влекущий за собой осознанное избегание определенного, вызывающего страх объекта, деятельности или ситуации.

*Эмоциональный интеллект* - способность опознавать как собственные, так и чужие эмоции, анализировать их и, опираясь на полученные результаты, регулировать свое поведение и принимать решения.

**Приложение № 2**  
**Глоссарий греко-латинских обозначений**  
**часто встречающихся в подростковом возрасте фобий**

- Акрофобия** - патологический страх высоты
- Агорафобия** - пространства
- Амаксофобия** - пользования транспортом
- Арахнофобия** - пауков
- Батеофобия** - глубины
- Биастофобия** – изнасилования
- Бронтофобия** – грома
- Вейт/обезофобия** – лишнего веса
- Виккафобия** – патологическая боязнь ведьм и колдовства
- Вомитофобия** - тошноты
- Гарпаксофобии** – нападения грабителей
- Гленофобия** - боязнь взгляда куклы
- Дисморфофобия** – страх воображаемого уродства
- Диспсихофобия** – показаться безумным окружающим
- Долл-фобия** - страх кукол
- Зоофобия.** - животных
- Иатрофобия** - боязнь врачей, медицинских манипуляций
- Изолофобия** - одиночества
- Инсектофобия** - насекомых
- Канеофобия** - собак
- Клаустрофобия** – замкнутых пространств
- Ксенофобия** - незнакомцев
- Лигирофобия** – громких звуков
- Лиссо/маниофобия** - безумия
- Мизофобия** - загрязнения

**Никтофобия** - темноты  
**Нозофобия** – страх болезней  
**Офиофобия** – страх змей  
**Паупертофобия** – страх нищеты  
**Персонофобия** - страх маски  
**Персономифофобия** – выдуманных персонажей  
**Социофобия** – социального взаимодействия  
**Спасиофобия** – космического пространства  
**Танатофобия** - страх смерти  
**Тафефобия** – быть погребенным заживо  
**Демонофобия** - демонов  
**Фасмофобия** - призраков  
**Эрейтофобия** - покраснения

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
Показания и противопоказания к применению метода	8
Материальное обеспечение метода	9
Описание метода психопатологической принадлежности	10
Клиническая квалификация	11
Ведение подростков с фобической симптоматикой	29
Фармакотерапия фобических расстройств у подростков	33
Таблица 1.	
Психофармакологические препараты, использовавшиеся при терапии подростков с фобическими расстройствами	40
Таблица 2.	
Основные препараты ноотропного действия, применявшиеся у подростков с фобическими расстройствами	42
Нефармакологические подходы к терапии фобий у подростков	44
Эффективность метода	51
Приложение №1.	
Глоссарий основных использованных терминов	56
Приложение № 2.	
Глоссарий греко-латинских обозначений часто встречающихся в подростковом возрасте фобий	59
Содержание	61



ФГБУ «Научный Центр психического здоровья» РАМН

**ТИПОЛОГИЯ, ДИНАМИКА И КОРРЕКЦИЯ  
ФОБИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ  
В СТРУКТУРЕ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ  
У ПОДРОСТКОВ**

Методическое пособие для врачей

Подписано в печать 04.04.14. Формат 21x29,7/2. Усл. Печ.л. 3,2  
Верстка и предпечатная подготовка ООО «Цифровичок».  
Гарнитура Times New Roman, Areal №12.  
Бумага офсетная 80г/м2, печать цифровая, лазерная.  
Заказ №90-а/03/14. Тираж 75 экз.

Издательство ООО «Цифровичок»

117149, г. Москва, ул. Азовская, д. 13.  
+7(495)649-83-30, +7(495) 797-75-76  
[www.cfr.ru](http://www.cfr.ru) ; e-mail: [info@cfr.r](mailto:info@cfr.r)

**УДК 616.035**  
**ББК 56.14**  
**Т743**  
**ISBN 978-5-91587-098-6**

