

УДК 615.851

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ТРЕВОЖНЫХ И ПАНИЧЕСКИХ РАССТОЙСТВАХ

Э.Г. Хмельницкая

Гродненский государственный медицинский университет



Хмельницкая Эльвира Геннадьевна - ассистент кафедры психотерапии и медицинской психологии. Занимается изучением тревожных расстройств, гештальт-терапией.

В статье приводится обзор литературы по вопросам патопсихологических и психофизиологических особенностей тревожных расстройств, в частности генерализованного тревожного расстройства и панического расстройства, акцентируются их общие и специфические аспекты. Приводятся данные психодиагностического исследования этих групп больных с помощью 16-факторного личностного опросника Кеттелла, которые могут дать значимую информацию, позволяющую оптимизировать процесс психотерапии.

The article makes review of the literature on pathopsychological and psychophysiological characteristics of anxiety disorders, in particular generalized anxiety disorder and panic disorder, accentuates their general and specific aspects. The results of psychodiagnostic investigation of these groups of patients with the help of 16 PF Cettella can give important information allowing to optimize the process of psychotherapy.

Тревожные расстройства (ТР), в том числе панические расстройства (ПР) и генерализованное тревожное расстройство (ГТР), являются одной из актуальных проблем современной медицины. Это связано с высокой степенью распространенности этих расстройств преимущественно среди людей социально активного возраста, социально-экономическими последствиями роста таких расстройств и сложностью лечения данных категорий больных. Тревожные расстройства составляют до 20% всех пациентов, обращающихся к интернистам. В результате они не получают должного лечения, проходят многочисленные обследования, которые являются в данном случае малоинформативными, что ведет к большим необоснованным экономическим затратам. В то же время, согласно данным зарубежных исследований, только 1/3 больных с ТР обращается к психиатрам. Остальные же предпочитают обращаться к врачам общей практики.

Выбор именно этих групп ТР неслучаен. В МКБ-9 ГТР и ПР, а также разнообразные проявления тревожных расстройств объединялись в рубрике «невроты тревоги 300.0». Последняя классификация, основанная на разнообразных статистических и прикладных исследованиях, доказала, что ГТР и ПР необходимо рассматривать как отдельные диагнозы вследствие их принципиальных различий в этиологии, патогенезе, прогнозе и показа-

нии к терапии. Многие исследования тревоги, в частности исследования различных форм проявления тревоги, сфокусированы на исследовании двух видов тревоги - параксизмальной (ПР) и перманентной (ГТР). Качественные психофизиологические различия между группами больных ПР и ГТР, а именно: характерное для больных ПР повышение возбудимости коры головного мозга и избыточная ориентировочная активность - привели к выделению понятия «нейродинамика параксизмального мозга». Многие авторы, как зарубежные, так и отечественные, находят не только важные психофизиологические различия, но и различия в когнитивных построениях, в содержании когнитивных построений тревожного спектра, т.е. «тревожного мышления» у больных ГТР и ПР [1].

В настоящее время основным из методов лечения данной группы расстройств, наряду с фармакологическим, является психотерапевтическое лечение. Считается, что ТР достаточно успешно поддаются лечению. При этом считается, что успешное лечение ТР не только снижает тревогу, но и восстанавливает нарушения в процессе обработки информации, а также в процессе превербальной оценки информации [21].

Большинство моделей для ГТР и ПР, как и для всех ТР, являются функциональными моделями, они хорошо объясняют детерминанты, как поддер-

живается возникшее ТР, но не могут объяснить специфические причины развития того или иного ТР. В рамках когнитивного подхода считается, что тревога при ТР связана: 1) с повышенной чувствительностью к стимулам, связанным с угрозой; 2) негативной интерпретацией этих связанных с угрозой стимулов; 3) дефицитом проблемно-решающего поведения [20].

Различные исследователи выделяют следующие отклонения в обработке информации при тревоге.

Нарушение процессов внимания и памяти.

Считается, что тревога сдвигает произвольное внимание в сторону связанных с угрозой стимулов, даже если отрицательная информация внедрена в позитивную, в то время как нетревожные индивиды, естественно, стремятся заблаговременно отклонить внимание от таких стимулов. Например: «Да, шеф сказал, что отчет хороший, но некоторые исправления необходимы, я беспокоюсь, что не смогу сделать так, как он хочет». Причем дети демонстрируют меньшую способность избегать связанную с угрозой информацию, чем взрослые [33]. Нарушение в процессе внимания осознаётся тревожными личностями как не поддающаяся контролю, сводящая с ума фиксация внимания на негативных, связанных с угрозой мыслях, и трудность концентрации внимания на нетревожных мыслях. Например: «Я начала читать книгу, но тикающие часы напомнили мне, что моей дочери нет дома, я стала беспокоиться, благополучно ли она дойдет домой, и я не могу дочитать страницу до конца».

Произвольное внимание тревожных индивидов выделяет стимулы, несущие минимальную угрозу, такие, как слова [13], тогда как большая часть популяции реагирует на более значительные угрожающие стимулы. Тревожные больные демонстрируют пристрастность внимания при подсознательном (подпороговом) предоставлении слов, связанных с угрозой, что можно рассматривать как нарушение обработки информации уже на превербальном уровне [12]. Считается, что такая избирательность внимания характерна для всех ТР и ДР, но область фиксации (внешние или внутренние события) более специфичны для конкретного расстройства. Выявлено, что пациенты с ГТР избирательно реагируют на изображения лиц родственников, выражающих отрицательные или положительные эмоции [8], на показ картинок, изображающих аффективно экспрессивные лица, на слова, связанные с угрозой членам их семей [23], более быстро находят решения для слов, связанных с угрозой, чем для не связанных с угрозой слов по сравнению с контрольной группой [22]. В то время

как произвольное внимание пациентов с ПР в большей степени фиксируется на информации, связанной с физическим состоянием, они катастрофически интерпретируют любые из вегетативных сдвигов [10]. Тахикардия рассматривается как возможность остановки сердца, головокружение как угроза падения, а ощущения дереализации как возможную утрату контроля. Воспроизведение в памяти телесных ощущений у больных с ПР связано с автоматическим воспроизведением ощущений угрозы [29]. Это разделение достаточно условно, т.к. коморбидность ГТР и ПР – 51, 9% [31]

Эмоции облегчают активацию конгруэнтных им структур памяти. Так, тревога облегчает активацию хранимых в памяти негативных самооценок и тормозит восстановление позитивных оценок. Этим объясняется такая стойкость ТР, как и других эмоциональных расстройств [17]. Тревога, как и другие эмоции, дополнительно задействует емкость внимания, тем самым они уменьшают емкость оперативной памяти, что негативно сказывается на контролирующих процессах мышления, постановке и решении сложных задач [28].

Психофизиологические исследования. Многочисленные исследования психофизиологии тревоги показывают, что для ТР, в частности ГТР и ПР, характерно уменьшение тонуса вагуса и, соответственно, повышение симпатотонуса, что проявляется в специфической когнитивной активности, *превалированием реакций на внешние стимулы* и повышением мышечного тонуса [16], тогда как повышение тонуса вагуса связано с мышечной релаксацией и уменьшением внимания к внешним стимулам, что, возможно, облегчало внутренние размышления [26]. У здоровых обследованных образное представление пугающей ситуации приводит к снижению вагусного тонуса и мышечному напряжению, соответственно представление приятных образов сопровождалось состоянием релаксации и повышением тонуса вагуса. В контрасте пациенты с ГТР и ПР имели постоянно сниженный вагусный тонус независимо от содержания образных представлений. Эти исследования показывают не только то, что тревога приводит к уменьшению тонуса вагуса, но и то, что индивиды с ТР постоянно находятся в состоянии тревоги, сопровождающейся постоянно сниженным вагусным тонусом, т.е. они имеют большее ограничение в работе вегетативной нервной системы с меньшей вариабильностью в изменении тонуса вагуса. *Исследователи считают, что такая негибкость в реактивности вагусного тонуса может быть связана с негибкостью (нефлексильностью) когнитивных процессов или следствием гене-*

рализованного состояния повышенной готовности к угрозе [19].

Другая область обработки информации при ТР - это **интерпретация неоднозначных стимулов** как стимулов, связанных с угрозой. Исследователи предполагают, что индивиды с ТР, сталкиваясь с неоднозначным контекстом, выбирают связанные с угрозой интерпретации стимулов или генерируют сами угрожающие интерпретации [9]. Пациенты с ГТР часто беспокоятся о катастрофических последствиях ситуаций, связанных с неопределенностью. Например: «Когда мой друг не сказал ничего о том, понравился ли ему ужин, я начала переживать, что я его плохо приготовила». Скачок от неоднозначной ситуации к катастрофическим последствиям может отражать привычку или самодифеницию - «я всегда прихожу к самому плохому заключению, и поэтому я приду к худшему решению также и в этой ситуации, потому что такой я».

Принятие решений. Третья область - это дефицит проблемно-решающего поведения. Тревожные люди имеют более высокую потребность в принятии решений [32], намного чаще сталкиваясь с ситуациями, которые воспринимают как неоднозначные и угрожающие и которые, по их мнению, требуют каких-то решений. При этом пациенты с ТР нуждаются в большем количестве времени для принятия решения: «Я вынуждена колебаться в отношении всего, что я буду делать - моей работы, моего друга, как подойти к коллеге по работе, чтобы его не обидеть. Я вынуждена пересматривать любое решение». Они демонстрируют большие затраты времени для нахождения ответа в задачах на классификацию и категоризацию концепции, особенно когда задачи неоднозначны [32]. Существует несколько объяснений этого: 1) люди с ТР имеют более высокие потребности в перфекционизме и, следовательно, повышенные требования к определенности [24]; 2) они имеют низкую толерантность к неопределенности, которая приводит их к рассмотрению неоднозначных событий как опасных, препятствуют решению проблемы [19]; 3) недостаточная уверенность в собственных когнитивных способностях может быть более существенной, чем дефицит проблемно решающего поведения. Так больные с ГТР оценивают свое внимание, память, когнитивную гибкость как нарушенную, но при нейропсихологических исследованиях эти способности находятся в пределах нормы и достоверно не отличаются от таковых у людей с отсутствием тревоги [4]. У субъектов, которым давалась негативная обратная связь на то, как они разрешают проблемные

ситуации своей реальной жизни, скорее развивалась тревога и катастрофическое беспокойство, нежели у тех, которым давалась положительная обратная связь [11]. Davey предложил двухстадийную модель отклонений в обработке информации, при которой негативный аффект облегчает воспоминание возможных катастрофических исходов, находящихся в памяти, тогда как низкая уверенность в собственных навыках разрешения проблем снижает возможность успешного исключения многих катастрофических интерпретаций как маловероятных.

Считается, что у больных с перманентной тревогой есть когнитивный механизм, позволяющий избегать вегетативного ответа, в то время как при ПР, возможно, этот механизм отсутствует. Исследования на группе нетревожных индивидуумов показали, что вегетативное возбуждение значительно меньше, если они используют вербально-лингвистические методы при контакте с аффективно нагруженным материалом, точно так же, как и пациенты с ГТР [35]. Еще в 1978 году Singer выявил, что интенсивность и устойчивость эмоций зависит от того, насколько проработаны имеющиеся когниции. Так, тревога становится продолжительной и интенсивной в том случае, если негативные ожидания дифференцированы как визуальные, образные представления. И наоборот, позитивные образные представления могут уменьшить негативные эмоции [31].

Эти специфические когнитивные механизмы следующие:

1. Тревога минимизирует интенсивный негативный аффект.

Пациенты с ГТР описывают свою тревогу как тип умственной жвачки (вербально-лингвистического пережевывания) по поводу здоровья, финансов, межличностных взаимоотношений [28]. Пациенты с ГТР сообщают, что они подавлены постоянными стрессами текущей жизни, которые часто выражают как катастрофические предположения «А что, если...». Например: «Моему начальнику нужен этот отчет к завтрашнему дню, а что если он будет недостаточно хорош или я не успею его сделать к завтрашнему дню?». Или другой пример: «Мы с невестой должны принять важное решение относительно выбора работы, что если я сделаю неправильный выбор?». Также пациенты оценивают свою умственную деятельность в состоянии тревоги как преобладание большего количества мыслей, чем образов, в отличие от контрольной группы [7]. Исследования показали, что нетревожные индивиды испытывают меньшее вегетативное возбуждение, используя вербально-лин-

гвистические методы при контакте с аффективно нагруженным материалом [35], т.е. рассуждая сами с собой о будущей угрозе, чем, используя образное мышление, например, визуализируя возможные будущие угрожающие ситуации. По этим данным, такая тревога уменьшает вегетативное возбуждение, что, по мнению авторов, является попыткой пациентов с ГТР избежать интенсивного негативного аффекта. Это переживание тревоги становится coping-стратегией, имеющей целью *уменьшить интенсивность переживаемого негативного аффекта*. В основе самой тенденции чрезмерно вовлекаться в тревогу лежит отсутствие толерантности к негативному аффекту, однако прямых исследований этой гипотезы не проводилось. Тем не менее, опыты показывают, что представление себя в воображаемых ситуациях, вызывающих страх, приводит к привыканию, а, возможно, к уменьшению отрицательного аффекта у пациентов с ПТСР и ОКР [15]. Поэтому исследователи выдвигают гипотезу, что личности с ГТР используют тревогу для того, чтобы избежать эмоций, которые оцениваются ими слишком болезненными для полного переживания. Это дает кратковременное облегчение отрицательного аффекта и связанного с этим возбуждения. Но в то же самое время эта стратегия имеет обратную сторону, приводя к устойчивой привычке снижать отрицательный аффект, тем самым увековечивая малоадаптивное состояние тревоги и беспокойства.

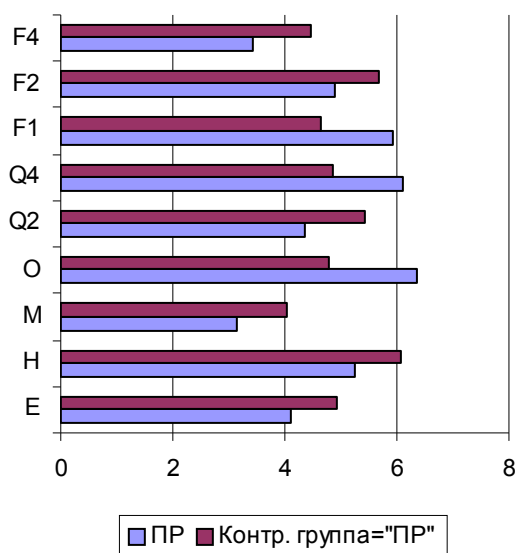
2. Второй путь, по которому в ГТР поддерживается тревога.

Часто эти пациенты тревожатся о будущих несчастьях, вероятность которых низкая, например, пожар, выселение, остракизм. Такие ситуации парадоксально не несут непосредственной угрозы, которую нужно избегать или с которой нужно бороться. Они не нуждаются в том, чтобы принимались какие-либо решения на поведенческом уровне (избегать или атаковать), что приводит к бесконечной умственной жвачке и беспокойству [6].

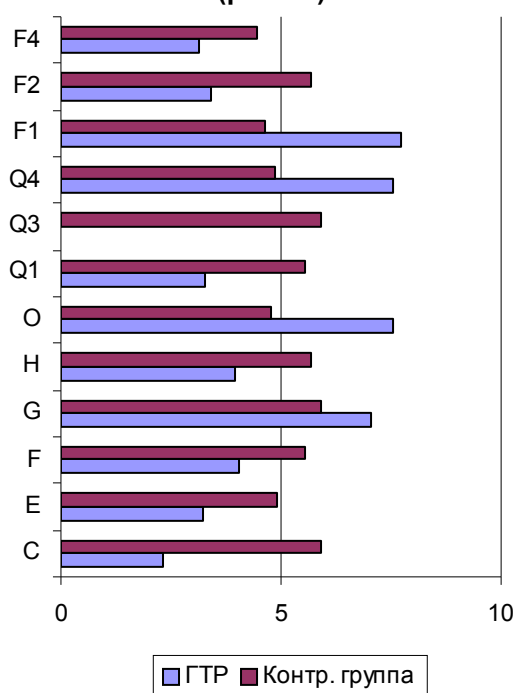
3. Третий путь – это степень веры человека в то, что тревога помогает избегать угрожающих ситуаций в реальности, что еще больше подкрепляет и пролонгирует состояние беспокойства. Например, вера в то, что тревога по поводу того, что может случиться с ребенком по дороге из школы, предотвращает вероятность воплощения этих переживаний, или, наоборот, отсутствие тревоги ставит ребенка в больший риск и повышает вероятность угрожающей ситуации, тем самым повышает тревогу. Другими словами, отсутствие тревоги порождает тревогу за то, что она отсутствует.

4. Дополнительно вера в отрицательные последствия беспокойства может послужить причиной «тревоги о тревоге» и может повышать уровень тревоги. Например: «Тревога может свести меня с ума. Тревога это ненормально.» Дисстресс чрезмерного беспокойства может привести к попытке подавить его, что приводит к еще большей охваченности тревогой. Многочисленные исследо-

Различия личностных черт ПР и контрольной группы (p<0.05)



Различия личностных черт ГТР и контрольной группы (p<0.05)



вания подтверждают, что усиление контроля за выражением эмоции или за самой эмоцией сопровождается усиленной активацией физиологических процессов. При хронизации это может привести к соматическому заболеванию [26]. Friedman, Hall & Haggis пришли к выводу, что индивиды, внешний вид которых не позволяет определить, находятся ли они в состоянии гнева или напряжения, т.е. у них заторможена эмоциональная экспрессия, имеют более сильные физиологические реакции в этом состоянии, по сравнению с теми, которых можно назвать эмоционально экспрессивными [14]. Провал в подавлении тревоги подкрепляет веру относительно опасности состояния тревоги [36].

Обследованы 36 больных с диагнозами ПР с агорафобией и без нее и 34 больных с ГТР с помощью 16-факторного личностного опросника Кеттелла, в возрасте 19-40 лет, находившихся на лечении в отделении неврозов ЦРКБ г. Гродно и 70 человек здоровых, не страдающих ТР, в возрасте 20-40 лет. Полученные результаты достоверных различий по критерию Стьюдента между изучаемыми группами и контрольной группой приведены в диаграммах. Средние значения по шкалам в контрольной группе соответствуют нормативным данным теста.

Исследование с помощью 16 факторного личностного опросника Кэттелла больных с ГТР и ПР выявило как общие, так и отличительные черты. ГТР и ПР по критерию Стьюдента достоверно отличаются ($p < 0.05$) от контрольной группы по следующим вторичным факторам: низкая тревожность - высокая тревожность (F1), интроверсия - экстраверсия (F2), зависимость - независимость (F4); и таким первичным факторам, как чувство вины (O), напряженность (Q4), доминантность (E), социальная смелость (H). Можно сказать, что пациенты и с ПР и с ГТР по сравнению с контрольной группой здоровых являются более тревожными (F1), более интровертированными (F2), более зависимыми (F4), а исходя из первичных факторов - склонными к чувству вины (O), более физически напряженными (Q4), более социально робкими (H) и под-

чиняемыми (E).

Одновременно выделяются ряд черт, присущих только одной конкретной группе. Так для ПР характерна большая практичность и приземленность (M) и большая потребность в поддержке других (Q2) по сравнению с контрольной группой. А для пациентов с ГТР характерны выраженный пессимизм и рефлексивность (F), большая сознательность, основанная на традиционной морали (G), большой перфекционизм (Q3), выраженный консерватизм (Q1) и низкая толерантность к стрессу (C).

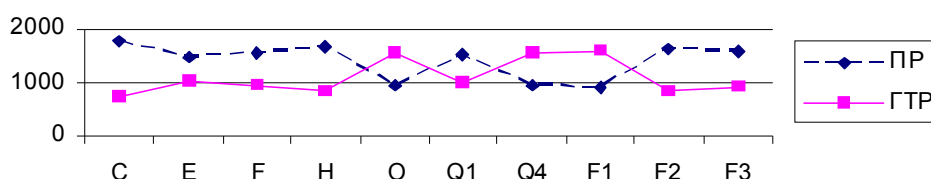
Оценивая результаты различий между группами пациентов с ПР и ГТР по критерию Манна-Уитни, можно сказать, что пациенты с ГТР и ПР достоверно различаются между собой по таким вторичным факторам, как тревожность (F1), интроверсия (F2) и фактору высокой - низкой открытости опыту (F3). При этом больные с ПР менее тревожные, более экстравертированные и более открыты опыту, чем больные с ГТР. Анализируя первичные факторы можно сказать, что больные с ПР, в отличие от больных с ГТР, более уверенные в себе (C), более доминантные (E), более социально смелые (H), более открыты изменениям (Q1), менее напряженные (Q4), менее пессимистичные (F).

Анализ этих результатов выявил следующие основные моменты:

1. Несмотря на то, что больные ПР значительно чаще, в 70 % случаев, обращаются за помощью, результаты теста Кеттелла показывают, что факторы, отражающие нагруженность отрицательными эмоциональными переживаниями, ниже, чем у пациентов с ГТР, хотя те, несмотря на большую нагруженность отрицательными переживаниями, редко обращаются за медицинской помощью. Это подтверждается данными литературы, по которым больные с ПР, несмотря на выраженную агорафобию, приводящую к значительным ограничениям социальной активности, не демонстрируют факторов, способных оказывать предрасполагающие воздействие. Например, повышенная тревожность, неуверенность в себе, зависимость у большинства больных с ПР не встречаются [3]. Это можно

объяснить особенностями опросников и других методов самооценок, к которым относится и тест Кеттелла, их подверженность мотивационным и познавательным искажениям. Познавательные искажения связаны с незнанием собственной личности,

Различия по критерию Манна-Уитни в группах ПР и ГТР ($p < 0.05$).



возникающим по следующим причинам: низкий интеллектуальный и культурный уровень, отсутствие навыков интроспекции и рефлексии, использование неверных эталонов для самооценивания. Например, испытуемые склонны себя сравнивать не со всей популяцией, а с близким окружением, результаты во многом зависят от способности пациента понимать свое поведение [2]. Выраженная алекситимия, характерная для больных с ПР, затрудняет осознание своих чувств, делает самоописания пациента не совсем соответствующими действительности. Несмотря на то, что больные ПР статистически достоверно отличаются от контрольной группы, значения по шкалам E, H, Q2, F1, F2 попадают в диапазон 4-6, который соответствует средним значениям.

2. Результаты исследования можно использовать для выработки психотерапевтических стратегий. Так, менее выраженная нагруженность отрицательными переживаниями (C, O, Q4, F1) больных с ПР может говорить о низкой мотивированности на психотерапию, в отличие от больных с ГТР, которых можно назвать хорошо мотивированными на психотерапию. Известно, что высокая мотивированность на психотерапию является прогностически благоприятным фактором эффективности психотерапии.

3. Пациенты с ПР характеризуются снижением по шкале M, их можно назвать более практичными и приземленными по сравнению с больными с ГТР. В литературе встречается мнение, что пациенты с высокими значениями этого фактора с большим эффектом и заинтересованностью занимаются психотерапией, направленной на мобилизацию личностного потенциала, и отличаются способностью к генерализации психотерапевтического эффекта. Другими словами, разрешив какую-то конкретную проблему, они способны самостоятельно перенести эффект на другие сферы жизни, в то время как пациенты с более низким значением по этому фактору предпочитают больше конкретные обучающие методы. Например, по данным литературы наилучший эффект у пациентов с ПР дает когнитивно-бихевиоральная психотерапия.

4. Одним из условий эффективности психотерапии является адекватная степень конфронтации, которая должна быть преодолима для пациента. Низкие значения фактора C (сила-Эго) у больных с ГТР свидетельствуют о низкой фрустрационной толерантности этих пациентов, их потребности избегать высокого эмоционального напряжения. Полученные данные позволяют планировать психотерапевтическое лечение. Так, можно предположить, что пациенты с ГТР могут покидать группо-

вую психотерапию, которая из-за вышеперечисленных особенностей может вызывать у них слишком большое напряжение. Индивидуальная терапия или тренинг ассертивности, как первый этап психотерапевтического лечения, может оптимизировать процесс психотерапии.

5. Полученные в исследовании высокие значения факторов G (развитая сознательность, основанная на традиционной морали) и Q3 (перфекционизм) для пациентов с ГТР подтверждают данные литературы. Слишком высокие требования к себе характерные не только для пациентов с ГТР, но и для всех ГР являются источником постоянной неудовлетворенности собой и тревоги. Возможно, это соответствует исследованиям Higgins (1986), который считает, что тревога – это значительное несоответствие между Я-реальным и Я-должным, в отличие от депрессии, которая является несоответствием между Я-реальным и Я-желаемым.

6. Низкие значения по шкале Q1 (ригидность, консерватизм) пациентов с ГТР, что тоже соответствует литературным данным. Этот фактор характеризует пациентов с ГТР как консервативных, избегающих всего нового, нечувствительных к злоупотреблению властью, что может сказываться на психотерапевтическом процессе.

Обзор литературы и результаты исследований позволили сделать следующие выводы:

ГТР и ПР являются принципиально различными расстройствами, несмотря на объединяющую их патологическую тревожность. Они включают в себя как общие, так и специфические патопсихологические особенности. К специфическим можно отнести различную направленность непроизвольного внимания на внешние, как при ГТР, и внутренние стимулы, как при ПР, которая из-за негативной интерпретации неоднозначных стимулов приводит к развитию клинической симптоматики.

Больные с ГТР имеют специфический когнитивный механизм, позволяющий избегать вегетативного ответа, в то время как при ПР этот механизм, возможно, отсутствует.

16-факторный личностный опросник Кеттелла дает важную информацию о личности пациента, которая позволяет планировать и прогнозировать психотерапию.

Результаты тестирования пациентов с ПР, возможно, имеют некоторую ограниченную достоверность, которая может быть обусловлена как особенностями пациентов с ПР при наличии у них алекситимического радикала, так и ограничениями самого метода. Однако и эти результаты дают важную информацию, позволяющую оптимизировать процесс психотерапии.

Литература

1. Атаманов А.А. Типологические особенности тревожных расстройств при неврозах и психосоматических заболеваниях // Вопросы клиники, диагностики и терапии психических и наркологических заболеваний. - Челябинск, 2001. - С. 22-24.
2. Мельников В.М., Ямпольский Л.Т. Введение в экспериментальную психологию личности. - М.: Просвещение, 1985. - 319 с.
3. Пере М., Баумана У. Клиническая психология. СПб.: Питер, 2002. - С. 555.
4. Aikins DE, Hazlett-Stevens HJ, Degen L, et al. A neuropsychological screening of generalized anxiety disorder: Attention, memory, and executive functioning // Presented at the 32nd Annual Meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy. - Washington, DC, 1998. - P. 352-359.
5. Aikins D. E., Craske M. G. Cognitive Theories of Generalized Anxiety Disorder // Psychiatric Clinics of North America. - 2001. - Vol. 24. - P. 57-74.
6. Borkovec TD: The nature, functions, and origins of worry // In Davey GCL, Tallis F (eds): Worrying: Perspectives on Theory, Assessment, and Treatment. - New York, Wiley. - 1994. - P. 5-33.
7. Borkovec TD, Roemer L. Perceived functions of worry among generalized anxiety disorder subjects: Distraction from more emotional topics // J Behav Ther Exp Psychiatry. - 1995. - Jun; Vol. 63(3). - P. 479-483.
8. Bradley BP, Mogg K, White J, Groom C, de Bono J. Attentional bias for emotional faces in generalized anxiety disorder // Br J Clin Psychol. - 1999. - Sep; Vol. 38 (Pt 3). - P. 267-278.
9. Butler G, Mathews A. Cognitive processes in anxiety // Adv Behav Res Ther. 1983. - 489 p.
10. Clark D.M., Salkovskis P.M., Ost L.G., Breitholtz E., Koehler K.A., Westling B.E., Jeavons A., Gelder M. Misinterpretation of body sensations in panic disorder // J. Consult. Clin. Psychol. - 1997. - Vol. 65. - № 2. - P. 13-203.
11. Davey GC, Jubbs M, Cameron C. Catastrophic worrying as a function of changes in problem-solving confidence // Cognitive Therapy and Research. - 1996. - Vol.4. - 20 p.
12. Eriksen CW: Discrimination and learning without awareness // A methodological survey and evaluation. Psychol Rev. - 1960. - Vol. 1. - 67 p.
13. Eysenck MW, MacLeod C, Mathews A. Cognitive functioning and anxiety // Psychol Res. - 1987. - Vol. 49, № 2-3. - P. 189-195.
14. Friedman. H.S., Hall, J.A. & Harris, M.J. Tape A behavior, nonverbal expressive style, and health // Journal of Personality and Social Psychology. - 1985. - Vol. 48. - P. 1299-1315.
15. Foa EB, Meadows EA. Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review // Annu Rev Psychol. - 1997. - Vol. 48. - P. 449-480.
16. Grossman P, Svebak S: Respiratory sinus arrhythmia as an index of parasympathetic cardiac control during active coping // Psychophysiology. - 1987. - Vol.24, №2. - P. 228-235.
17. Hoehn-Saric R, McLeod DR, Zimmerli WD. Psychophysiological response patterns in panic disorder // Acta Psychiatr Scand. - 1991. - Vol. 83, № 1. - P. 4-11.
18. Johnson, M.H. & Magaro P.A. Effects of mood and severity on memory processes in depression and mania // Psychological Bulletin. - 1987. - Vol. 101. - P. 22-40.
19. Ladouceur R, Talbot F, Dugas MJ. Behavioral expressions of intolerance of uncertainty in worry // Behav Modif. - 1997. - Vol. 21, №3. - P. 355-371.
20. Lyonfields JD, Borkovec TD, Thayer JF. Vagal tone in generalized anxiety disorder and the affects of aversive imagery and worrisome thinking // Behav Ther. - 1995. - Vol. 3. - 26 p.
21. Mathews A: Why worry? The cognitive function of anxiety // Behav Res Ther. - 1990. - Vol. 6. - 28p.
22. Mogg K, Bradley BP, Millar N, White J. A follow-up study of cognitive bias in generalized anxiety disorder // Behav Res Ther. - 1995. - Vol. 33, № 8. - P. 927-935.
23. MacLeod C, Mathews A. Biased cognitive operations in anxiety: Accessibility of information or assignment of processing priorities // Behav Res Ther. - 1991. - Vol. 29, № 6. - P. 599-610.
24. Mogg K, Mathews A, Eysenck M, et al. Biased cognitive operations in anxiety: Artifact, processing priorities or attentional search? // Behav Res Ther. - 1991. - Vol. 29, № 5. - P. 459-467.
25. Pratt P, Tallis F, Eysenck M. Information-processing, storage characteristics and worry // Behav Res Ther. - 1997. - Vol. 35, № 11. - P. 1015-1023.
26. Pennebaker, J.W., & Traue, H.C. Inhibition and psychosomatic processes // In H.C. Traue and Pennebaker (Eds.), Emotion, inhibition and health. - Guttingen: Hogrefe, 1993. - P. 146-163.
27. Porges SW. Autonomic regulation and attention // In Campbell BA, Hayne H (eds): Attention and Information Processing in Infants and Adults. Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1992. - P. 146-159.
28. Roemer L, Molina S, Borkovec TD. An investigation of worry content among generally anxious individuals // J Nerv Ment Dis. - 1997. - Vol. 185, № 5. - P. 314-319.
29. Sarason. I. G. Test anxiety (Ed.). - Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1980. - 296 p.
30. Schmidt N.b., Lerew D.R., Jackson R.J. The role of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: Prospective evaluation of spontaneous panic attacks during acute stress // J. Abnorm. Psychol. - 1997. - Vol. 106, №3. - P. 64-365.
31. Singer, J. Fantasie und Tagtraum. - Мюнхен: Pfeifer, 1978. - 210 p.
32. Starcevic V, Kellner R., Pathak D. // Psychiatric Research. - 1992. - Vol. 42. - P. 171-183.
33. Tallis F, Eysenck M, Mathews A. Elevated evidence requirements and worry // Personality and Individual Differences. - 1991. - Vol. 1. - 12 p.
34. Vasey MW, Daleiden EL, Williams LL, et al. Biased attention in childhood anxiety disorders: A preliminary study // J Abnorm Child Psychol. - 1995. - Vol. 23, № 2. - P. 267-279.
35. Vrana SR, Cuthbert BN, Lang PJ. Fear imagery and text processing // Psychophysiology. - 1986. - Vol. 23, № 3. - P. 247-253.
36. Wells A, Morrison AP. Qualitative dimensions of normal worry and normal obsessions: a comparative study // Behav Res Ther. - 1994. - Vol. 32, №8. - P. 867-270.

Resume

The article contains the review of literature on pathopsychological and psychophysiological features of anxiety disorders, in particular GAD and PD; description of general and specific aspects of mentioned disorders, results of psychodiagnostic investigation of these groups of patients with the help of 16 PF Cattell, which can give important information for psychotherapy process optimization.

Томограммы подтверждают существование синестезии

В Ганновере прошёл первый международный конгресс, посвящённый проблеме так называемой синестезии. Это явление заключается в том, что какой-то раздражитель, действуя на соответствующий орган чувств, вызывает не только ощущение, специфичное для данного органа чувств, но одновременно ещё и дополнительное ощущение, характерное для другого органа чувств.

Для людей, обладающих такой особенностью, звуки рояля могут иметь геометрические формы, а, скажем, вкус вина - определённый цвет. В Германии количество таких людей оценивается в 150 тысяч.

По словам Хиндерка Эмриха (Hinderk Emrich), заведующего отделением клинической психиатрии и психотерапии Высшей медицинской школы Ганновера, снимки, полученные с помощью томографии на основе ядерного магнитного резонанса, не только свидетельствуют о том, что явление синестезии действительно существует, но и открывают новые перспективы в её изучении.

dw-world.de