

## НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

УДК 616.891.6-008.441.1-07-082

*В.Д. Мішиєв, А.І. Герасименко*

## СПЕЦИФІЧНІ ФОБІЇ: ТИПОЛОГІЯ, КЛІНІКА

Київська міська клінічна психоневрологічна лікарня №1

Ключові слова: специфічні фобії, типологія, клініка, перебіг, тривога

Специфічна фобія - термін, що порівняно недавно почав використовуватися в медицині та психології для визначення деяких видів ірраціональних страхів, хоча опис симптомів, характерних для специфічної фобії міститься ще у творах Гіппократа, а також у працях, які датуються XVII- XVIII ст. ( Descartes, Le Camus, Sauvages).

Специфічні фобії визначаються як послідовно виникаючі, клінічно значимі тривожні реакції, які обумовлюються фактичним або передбачуваним зіткненням з певним загрозливим об'єктом або певною ситуацією і найчастіше ведуть до унікаючої поведінки. Зустрічаючись із таким об'єктом або потрапляючи в таку ситуацію у пацієнтів виникають як психічні, так і соматовегетативні прояви тривоги [10]. При цьому в них помітно порушується хід життя, утруднюється виконання соціальних, професійних та інших функцій, доставляючи істотні страждання. Особи зі специфічними фобіями зазвичай усвідомлюють їхню неадекватність [8, 19, 23].

Уявлення про специфічні фобії досить змістовно викладені в обох відомих класифікаційних системах ( DSM-IV та МКХ- 10).

**Діагностичні критерії специфічної фобії по DSM-IV**

А. Виражений і стійкий, надмірний або необґрунтований страх, пов'язаний з наявністю або очікуванням специфічного об'єкта або ситуації (таких, як політ, висота, присутність деяких тварин, ін'єкція, вигляд крові).

Б. Фобічний стимул майже завжди викликає негайну тривожну реакцію, що може приймати форму ситуаційно пов'язаного або ситуаційно обумовленого нападу паніки.

(Примітка. У дітей тривога може виражатися плачем, спалахами роздратування, скутістю або потребою в ласці).

В. Хворий розуміє, що його страх є надмірним або необґрунтованим.

(Примітка. У дітей цей симптом може бути відсутнім).

Г. Фобічні ситуації уникаються або переносяться з інтенсивною тривогою або дистресом.

Д. Уникання ситуації, що викликає страх, тривожне очікування цієї ситуації або дистрес при зіткненні з нею в значній мірі перешкоджають виконанню хворим рутинних, пов'язаних з його роботою (навчанням) функцій, здійсненню звичайної соціальної діяльності, міжособистісним стосункам або хворий зазнає суттєвого дистресу, пов'язаного з усвідомленням у себе фобії.

Е. У хворих в віці до 18 років розлад спостерігається не менше 6 місяців.

Ж. Тривога, напад паніки чи фобічне уникання, пов'язані з певним об'єктом або конкретною ситуацією, не відповідають критеріям іншого психічного розладу, такого, як обсессивно-компульсивний розлад (наприклад, боязкість забруднення при нав'язливому страху заразитися інфекційною хворобою), посттравматичний стресовий розлад (наприклад, уникання впливу тяжких стресорів), тривожний розлад, пов'язаний з розлукою розлад (наприклад, уникання школи), соціальна фобія (наприклад, уникання соціальних ситуацій через страх потрапити в незручне становище), панічний розлад з агорафобією або агорафобія без панічного розладу в анамнезі.

**Епідеміологія.**

Відповідно до результатів міжнародних досліджень поширеність специфічних фобій варіює від 5 до 11,3%. В Угорщині, наприклад, цей показник становить 6,3% [48, 53]. У Сполучених Штатах Америки близько 9% населення щорічно мають симптоми специфічної фобії, і в багатьох людей спостерігається декілька специфічних фобій одночасно [8, 29, 41]. В одному з досліджень, проведених у США [36, 42], було показано, що ризик виникнення специфічних фобій протягом життя дорівнює 11,5%. Аналогічна частота захворювань була зареєстрована й у

Німеччині [54], хоча зрізова частота захворювань (частота захворювань, зареєстрована протягом одного місяця) у Німеччині значно нижча і становить 5,5% [19]. Розбіжність між більш високою частотою захворювань протягом життя і більш низькою, зафіксованою протягом одного місяця, може розглядатися як вказівка на те, що або ці фобії спонтанно слабшають, або - що здається на основі лонгітюдних досліджень, більш ймовірним виявляють флюктуючий перебіг. Напевно, протягом життя індивіда з такими фобіями фази із серйозними обмеженнями й численними симптомами часто чергуються з фазами, коли симптоми практично відсутні.

Цікаві епідеміологічні дані щодо деяких видів специфічних фобій (страхів, пов'язаних з наданням медичної допомоги) наводять O.J. Bienvenu і W.W. Eaton (1998). Застосувавши сучасні діагностичні критерії, автори провели опитування 1920 учасників популяційного дослідження, що проводилося в Балтіморі з 1993 по 1996 рр. Серед усіх фобій, пов'язаних з наданням медичної допомоги, найчастіше зустрічалися три: острахи крові, ін'єкцій та лікування зубів. Діагноз специфічної (ізолюваної) фобії ставили в тому випадку, якщо вона відповідала 4 основним критеріям: страх повинен був виникати в одній і тій же ситуації протягом декількох місяців або навіть років, майже завжди викликати сильну тривогу, не мати досить серйозних підстав і істотно впливати на поведінку людини. Поширеність трьох вищевказаних фобій протягом всього життя становила 3,5%, а медіана віку, в якому з'являлися перші симптоми, - 5,5 року. Майже у 80% опитаних симптоми цих фобій проявлялися протягом попередніх 6 місяців. В анамнезі осіб з фобіями відзначено більше непритомних станів та судомних нападів, ніж у осіб без фобій. Більше половини учасників даного дослідження повідомляли про свої страхи лікуючому лікарю або іншим медичним працівникам, але жодного разу не зверталися із цього приводу до психіатра. Найчастіше фобії зустрічалися в осіб з низьким рівнем освіти та у жінок. Результати даного дослідження свідчать також про те, що наявність фобій, пов'язаних з наданням медичної допомоги в цілому, варто вважати однією з причин несвоєчасності звертання до лікаря або неприйняття його рекомендацій. Хоча на даний час розроблені досить ефективні способи лікарської й психологічної терапії фобій, жоден з учасників дослідження не звертався за допомогою до психіатра [35].

Специфічні фобії звичайно (більш ніж в 80%

випадків) вперше виникають у підлітковому періоді й у ранній дорослості, причому, як і соціофобії, на відміну від панічних розладів та генералізованого тривожного розладу рідко з'являються після 25 років [19]. Близько 2-4% дітей переживають специфічні фобії в якийсь період свого життя [18, 39]. Результати деяких досліджень свідчать про значно більшу поширеність специфічних фобій у дитячому віці [18, 46, 47]. Національний Інститут Психічного Здоров'я США повідомляє, що приблизно 7-9% дітей оцінені як такі, у яких наявна специфічна фобія. Ніякі значимі розбіжності в захворюваності не відзначені між білими, латиноамериканцями або афроамериканцями. Немає ніяких об'єктивних даних, які б вказували на кореляцію між соціально-економічним статусом і поширеністю специфічних фобій. Жінки страждають на специфічну фобію у два-три рази частіше за чоловіків [35, 40].

#### **Коморбідність.**

Специфічні фобії та соціофобії пов'язані з істотним ризиком появи в подальшому інших психічних розладів [2, 3, 15, 16, 19, 42]: згодом можуть розвинути інші тривожні розлади (ризик в 5,8- 8,5 разів вищий, ніж в осіб без фобічних розладів), депресивні розлади (ризик в 3,7-5,6 разів вищий), а також зловживання психоактивними речовинами та залежність від них (ризик в 2 рази вищий).

За даними O.J. Bienvenu і W.W. Eaton (1998), які вивчали фобії, пов'язані з наданням медичної допомоги, в учасників проекту в 4-8 разів був вищим розрахунковий показник очікуваної протягом всього життя поширеності інших психічних порушень (велика депресія, обсессивно-компульсивний розлад, панічний розлад, агорафобія, соціофобія та інші специфічні фобії) [35].

#### **Етіопатогенез.**

Дотепер немає єдиного загальноприйнятого пояснення етіології специфічних фобій, хоча більшість дослідників дотримуються думки, що у виникненні цього типу фобій (власне, як і інших тривожних розладів) відіграють важливу роль три групи факторів:

- психосоціальний стрес;
- біологічні чинники;
- когнітивно-поведінкові механізми.

Необхідно відзначити, що співвідношення цих груп етіологічних факторів при різних формах тривожних розладів може значно відрізнятися. Так, прийнято вважати, що виникненню специфічних фобій, на відміну від деяких інших, передують конкретні події. Ці події називаються преципітуючою травмою або преципітуючою

подією.

Погляди про переважно психосоціальні причини тривожних розладів, згідно з якими ця патологія викликається різними соціальними стресорами та міжособистісними конфліктами, домінували в колишні десятиліття. Однак добре відомо, що люди в подібних соціальних ситуаціях зовсім по-різному піддаються тривозі, тобто коли одні спокійно переносять найсерйозніші життєві загрози, то у інших тривога виникає з абсолютно незначних зовнішніх приводів і погано піддається психотерапії, проте добре лікується виключно біологічними впливами, наприклад, транквілізаторами й антидепресантами.

Дослідження біологічних механізмів показали, що тривожність пов'язана з наявністю у індивіда підвищеної генетичної схильності до змін обміну нейромедіаторів у головному мозку - зниження вмісту гама-аміномасляної кислоти (ГАМК), підвищення рівню серотоніну, норадреналіну, дофаміну та ін. [5, 19, 23]. Із анатомічних структур, відповідальних за виникнення тривоги, традиційно називаються блакитнувата пляма (*locus coeruleus*) варолієвого мосту, мигдалина, гіпокамп, скронева кора мозку [5].

Когнітивно-поведінкова модель підкреслює роль умовно-рефлекторних механізмів та соціального навчання у виникненні і закріпленні ряду симптомів тривожних розладів.

Причини, що лежать в основі тривожних розладів (етіологія), досі менш вивчені, ніж процес розвитку тривожного розладу в клінічно значимий та потребує лікування стан (патогенез). Виникнення специфічних фобій пояснюють, також, як правило, патогенетичними моделями [10, 19]. На даному етапі розвитку психологічної науки існують декілька основних моделей генезу ізольованих фобій - психоаналітична, поведінкова й когнітивна. Відносну цінність у трактуванні механізмів утворення цих фобій мають екзистенціальні, гуманістичні, фізіологічні та генетичні теорії.

Психоаналітична модель базується на поглядах Фрейда, який категоризував фобії як частину сукупності симптоматичних неврозів, названу ним істерією страху (*anxiety hysteria* або *Angst hysteric*). До цієї ж сукупності входить конверсійна істерія. Фобії являються проявом витіснених сексуальних фантазій, зазвичай едіпового походження, у боротьбі із захисними механізмами, покликаними допомогти стримати ці почуття [5, 9].

Пояснення з точки зору біхевіоризму або теорії соціального навчання зосереджені на тому,

як індивідуум засвоює неадекватну, провокуючу страх реакцію на початково нейтральний або не викликаючий хвилювання подразник [5, 9, 10, 19]. Використовуються три основні парадигми: класичне обумовлювання, оперантне обумовлювання та моделювання. Етіологія страхів була предметом дослідження в одному з основних експериментів у поведінковій психології, який представляє собою навіть через десятиліття з моменту опублікування результатів важливу віху в її розвитку. Джон Б. Уотсон і Розалія Рейнер викликали фобію у Альберта, дитини у віці 11 місяців, використовуючи модель класичного обумовлювання, відкрити І. П. Павловим у його знаменитих експериментах із собаками. Відповідно до парадигми оперантного обумовлювання Б. Ф. Скінера, фобії розвиваються не тільки в результаті випадкового або навіть навмисного збігу стимулів, але також і в результаті навмисних, довільних дій у навколишньому середовищі й наслідків цих дій (підкріплень). Парадигма моделювання (навчання за допомогою спостереження), розроблена в значній мірі Альбертом Бандурою, виходить із того, що фобії, принаймні, частково, засвоюються при сприйнятті тривоги або ірраціональних страхів, які відчувають інші люди, особливо близькі, з якими є емпатичний зв'язок [5, 9, 19, 31, 32, 33].

Когнітивно-динамічна концепція фобій, розроблена Альбертом Елісом, диференціює й роз'ясняє розумові процеси, що беруть участь в розладі. Еліс стверджує, що асоціації з думкою «це добре» стають такими позитивними емоціями людини, як любов або радість, тоді як асоціації з думкою «це погано» стають негативними емоціями, що забарвлюють болісні, злісні або депресивні почуття. Фобія являє собою алогічну й ірраціональну асоціацію, яка зв'язує «це погано» або «це небезпечно» з речами, які в дійсності такими не являються [9, 27, 28].

Представники екзистенціального напрямку Роло Мей та Віктор Франкл розглядають фобічні симптоми як відбиття відчуження, безсилля і безглуздості сучасного життя, частково як наслідок індустріалізації й знеособлювання [17, 24, 25]. Представник гуманістичної психології Абрахам Маслоу оцінює фобії, подібно неврозам у цілому, як порушення зростання особистості, крах можливостей реалізації людського потенціалу [12, 45]. Деякі теоретики звертають увагу на фізіологічні й генетичні аспекти страхів. Едвард О. Уілсон бачить у страхах слід нашої генетичної еволюції. «На ранніх етапах розвитку людства, - пише Уілсон, - страхи розширюва-

ли можливості виживання людини».

### **Клініка та діагностика.**

Згідно МКХ- 10, специфічні (ізолювані) фобії являють собою страхи, обмежені чітко визначеними ситуаціями, такими як перебування поруч із якимись тваринами, висота, гроза, темрява, польоти в літаках, закриті простори, сечовипускання або дефекація в громадських убиральнях, прийом певної їжі, лікування в зубного лікаря, вигляд крові або ушкоджень і страх піддатися певним захворюванням [8, 13, 19, 23]. Незважаючи на те, що пускова ситуація є ізолюваною, потрапляння в таку ситуацію може спричинити паніку як при агорафобії або соціальної фобії, з наявністю психологічних і вегетативних симптомів (зненацька виникає серцебиття, болі в грудях, відчуття задухи, запаморочення, відчуття нереальності (деперсоналізація або дереалізація) та ін.). Страх фобічних об'єктів не виявляє тенденції до коливань інтенсивності, на противагу агорафобії.

Звичайними об'єктами фобій захворювань є променева хвороба, венеричні інфекції, СНІД, гельмінтози. Багато з людей відчувають страх на прийомі у лікаря або під час перебування в стаціонарі, у деяких із них цей страх набуває форму фобії. Острах медичних голок, вигляду крові або відкритих ран, страх болю, острах проведення анестезії або лікування зубів поширені дуже широко [35]. Деякі хворі навмисно уникають ситуацій, з якими пов'язана певна фобія (наприклад, тих місць, де "пахне медициною" або будь-яких медичних установ). Частота розвитку неприємних станів у ситуації, з якою пов'язана фобія, серед госпіталізованих хворих становить від 50 до 75% [35].

Залежно від фокусу страху виділяють п'ять типів специфічних (ізолюваних) фобій [5, 19]: фобії тварин, фобії явищ природного середовища, фобії крові, ін'єкцій і травм, ситуативні фобії (політ в літаку, проходження по мосту, їзда в ліфті й т.п.), інші фобії (наприклад, голосних звуків, хвороб і т.д.).

Для достовірного діагнозу повинні бути задоволені всі нижчеперелічені критерії:

а) психологічні або вегетативні симптоми повинні бути первинними проявами тривоги, а не вторинними стосовно інших симптомів, таких як марення або нав'язливі думки;

б) тривога повинна обмежуватися певним фобічним об'єктом або ситуацією;

в) фобічна ситуація уникається, коли тільки це можливо.

### **Диференціальний діагноз.**

Інші психопатологічні симптоми, як правило, відсутні, на відміну від агорафобії та соціальних фобій. Фобії вигляду крові й ушкоджень відрізняються від інших тим, що призводять до брадикардії й іноді - синкоп, а не до тахікардії. Нозофобії в рамках специфічних фобій варто диференціювати від нозофобій іпохондричного розладу. Перші повинні бути пов'язані зі специфічними ситуаціями, у яких розлад може виникати, а при других присутня постійна стурбованість можливістю захворіти тяжкою і прогресуючою хворобою. Диференціальний діагноз із маячним розладом необхідний у тих випадках, коли переконаність у наявності захворювання досягає значної інтенсивності [13]. Клінічна картина специфічних фобій може бути схожа на агорафобічну при розширенні кола ситуацій, які викликають страх, або збільшенні кількості фобічних об'єктів, що уникаються.

### **Перебіг та прогноз.**

Вплив специфічних фобій на життя людини залежить від того, що викликає страх. Деякі об'єкти або ситуації уникаються простіше, інші складніше. Люди, які бояться собак, комах або води, будуть, так чи інакше, зустрітися із предметами свого страху. Їхні зусилля уникнути зустрічі з ними повинні бути дуже суттєвими і можуть істотно порушити хід їхнього життя. Люди, котрі бояться змій, зустрічають їх дуже рідко. Таким чином, ступінь розладу, який виникає в результаті зниження продуктивності, залежить від того, наскільки легко суб'єкт може уникати фобічну ситуацію. Фобії, які тривають або починаються в дорослому віці, мають тенденцію зберігатися і зменшуються лише в результаті лікування, а ті, які формуються в дитинстві (наприклад, фобії тварин), згодом можуть зникнути самі по собі [29]. Схожу думку із приводу перебігу та прогнозу специфічних фобій висловлюють Н.І.Каплан і В.Д.Садок (1994): «Специфічний фобічний розлад, як правило, носить хронічний характер перебігу і при відсутності лікування може посилюватись, але при адекватній терапії має сприятливий прогноз» [5].

Більша частина людей зі специфічними фобіями - майже 90% - не звертається за лікуванням [35]. Їм простіше уникати зустрічі із предметами свого страху [8, 51]. Але, потрібно зазначити, що у випадку несприятливого розвитку захворювання, можливе виникнення інших психічних порушень у вигляді обсессивно-компульсивних, депресивних, іпохондричних симптомів, панічного розладу, агорафобії, соціофобії, а також зловживання алкоголем [2, 3, 15, 16].

## Лікування.

Специфічні фобії добре піддаються терапевтичному впливу. Можливе застосування різних, як психологічних, так і біологічних підходів або їхнє сполучення. Прихильники кожного з підходів пропонують свої методики лікування, але найбільш часто застосовуються біхевіористичні терапевтичні підходи, які являються високоефективними і дають у більшості випадків кращі результати [8, 37, 38, 55, 56]. Контрольовані клінічні дослідження в ряді країн переконливо продемонстрували ефективність та економічність поведінкової терапії при лікуванні специфічних фобій [22, 43, 44]. Можна стверджувати, що експозиційна поведінкова терапія являється методом вибору при специфічних фобіях [49, 50]. Основними цілями впливу на розлад є: редукція страху, мінімізація унікаючої поведінки, скорочення рецидивів і зменшення загального дистресу.

### Когнітивно-поведінкова терапія

Власне когнітивні впливи використовуються в тих випадках, коли терапевт визначає, що у формуванні фобічної поведінки переважаючу роль відіграє пізнавальний компонент. Процес когнітивної терапії передбачає повідомлення психотерапевтом (часто в досить ефектній, вражаючій формі) пацієнту про викривлення в його мисленні. Це схоже на психопедагогічний прийом, і він дійсно спрямований на те, щоб хворий дізнався про те, як невірні когніції призводять до алогічного та фобічного стилю поведінки. Когнітивні техніки ставлять в якості головного завдання зміну дисфункціональних модулів мислення, які являються джерелом неадекватних хворобливих проявів [4, 16, 20, 26, 27, 28, 34]. Хоча окремі дослідження і доводять переваги когнітивної терапії при впливі на фобічну симптоматику, більшість авторів схильні вважати, що когнітивні інтервенції у вигляді монотерапії - не найефективніший метод лікування специфічних фобій і пропонують доповнювати когнітивне реструктурування поведінковими техніками [55, 56].

Психологи поведінкової орієнтації розробили вражаючий набір технічних прийомів для лікування фобій. Тими, які найширше використовуються із них для терапії специфічних фобій, являються систематична десенсибілізація, фладінг (наводнення) та моделювання [5, 9, 55, 56].

Систематична десенсибілізація представляє собою форму класичного обумовлювання, при якій викликаючі побоювання стимули сполучаються із реакціями гальмування в уявлюваній (за-

міщуюча десенсибілізація) або в реальній життєвій ситуації (десенсибілізація *in vivo*).

Фладінг (наводнювання) заключається у швидкій експозиції в ситуацію, яка спричиняє страх у справжньому житті з підтримкою максимально прийняттого рівня страху, доки він не почне знижуватися, з наступним повторенням експозицій до тих пір, поки пацієнт не буде почувати себе спокійно в ситуації, що раніше викликала страх. Хоча цей метод вважається швидким і ефективним, принаймні, в короткій перспективі, його використання супроводжується генеруванням у пацієнтів високого рівня тривоги, що ряд фахівців визнають занадто високим - і тому потенційно небезпечним, особливо у випадку комор бідної соматичної патології.

На сеансах моделювання все відбувається зовсім інакше: там роль моделі бере на себе психотерапевт. Людина, що страждає на фобію, або просто спостерігає, як той вступає у взаємодію з об'єктами його страху, або теж залучається до цієї взаємодії [31, 32, 33]. І в тому, і в іншому випадку психотерапевт всіма доступними засобами демонструє фобісту безпідставність його страхів. Однак, другий варіант, як показує практика, більш ефективний [9].

### Психодинамічна терапія

Психоаналітики, вважаючи специфічні фобії продуктом витісненого вмісту, прихованого під пластами психологічного захисту, використовують вільні асоціації, аналіз сновидінь та інтерпретації для того, щоб зірвати шари захисту й дійти до суті конфлікту. Тоді через катарсис - раптове емоційно насичене вивільнення витісненого матеріалу - пацієнт зможе перебороти страх і одужати [23].

### Групова психотерапія

Існує невелика кількість досліджень щодо групової терапії специфічних фобій. У деяких повідомляється про ефективність групової роботи при лікуванні страхів стоматологічних кабінетів і боязкості павуків.

### Психофармакотерапія

Немає і достатньої кількості досліджень, які б підтверджували ефективність медикаментозного впливу на специфічні фобії. Загалом, рахується, що фармакотерапія не є лікуванням вибору для осіб з даною патологією. Бензодіазепіни, проте, можуть значно зменшити попередню тривогу у пацієнтів перед зіткненням із лякаючим об'єктом або ситуацією [6, 7, 19, 21]. Низькі дози бензодіазепінових анксиолітиків, таких, наприклад, як клоназепам або альпразолам, призначаються в деяких випадках з метою запобі-

гання розвитку вираженого страху при експозиції *in vivo*. Однак, зменшення тривожної та вегетативної симптоматики може перешкоджати якісним психотерапевтичним інтервенціям, особливо якщо використовуються методики систематичної десенсибілізації або наводнення. Відомо, також, що бензодіазепіни можуть викликати синдром залежності при недотриманні правил призначення, а в деяких випадках зумовлюють сонливість і седацію, які є вкрай небажаними, а, часом, і небезпечними симптомами при деяких видах діяльності [1, 11, 15, 16].

Існують роботи, які доводять ефективність антидепресантів у лікуванні специфічних фобій [52]. Так, сертралін і пароксетин, за деякими даними, посилюють мотиваційний компонент при використанні експозиційних технік, які є досить дискомфортними для пацієнта [1, 14, 16, 30]. Призначення антидепресантів, також, необхідне при наявності у фобічного хворого коморбідної депресивної симптоматики [14, 16]. З цією метою показане застосування, насамперед, се-

лективних інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну (SSRI- флувоксамін, флуоксетин, пароксетин, сертралін, циталопрам, есциталопрам), у деяких випадках можливе призначення інгібіторів MAO (MAOI - фенелзін), оборотних інгібіторів MAO типу А (RIMA - моклобемід, брофаромін, пірліндол) або інгібіторів зворотнього захоплення норадреналіну і серотоніну (SNRI - венлафаксин, мілнаципрам, дулоксетин).

Для зменшення сомато-вегетативних проявів, які супроводжують специфічні фобії, інколи рекомендований прийом бета-адреноблокаторів перед можливим зіткненням з фобічною ситуацією [5, 23].

Таким чином, значна поширеність специфічних фобій у сучасній психопатології, зростання кількості фобій резистентних до терапії, збільшення коморбідних проявів обумовлюють потребу більш детального вивчення преморбідних особистісних характеристик хворих на специфічні фобії, деяких клінічних аспектів, типології, динаміки та виходів цих розладів.

*В.Д. Мишиев, А.И. Герасименко*

## СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ФОБИИ: ТИПОЛОГИЯ, КЛИНИКА

Киевская городская клиническая психоневрологическая больница №1

Специфические (изолированные) фобии имеют значительную распространенность в современной психопатологии, растет количество фобий, резистентных к терапии, увеличиваются коморбидные проявления. В статье рассматриваются клинико-психопатологические особенности, типология специфических фобий. Детально освещены представления о механизмах формирования этих расстройств и методах воздействия на них в современной психиатрии. Представлены эпидемиологические данные в различных странах мира. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2009. — № 1 (21). — С. 126-132).

*V.D. Mishyiev, A.I. Gerasimenko*

## SPECIFIC PHOBIAS: TIPOLOGY, CLINIC

Kiev city clinical psychoneurological hospital №1

Specific (isolated) fobias have considerable prevalence in modern psychiatry. Specific fobias are more frequent, resistant to therapy, and have tendency to comorbidity. Detailed clinical and psychological analysis of specific fobias peculiarities are represented in the article. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 1 (21). — P. 126-132).

### *Література*

1. Аведисова А.С., Панюшкина С.В., Коган Б.М. и др. К вопросу о патогенетическом обосновании дифференцированной психофармакотерапии тревожных состояний // Соц. и клин. Психиатрия. - 1995. - Т.5, вып.3. - С. 106-112.
2. Битенский В.С. Клинико-психопатологические аспекты трансформации аддиктивного поведения в условиях "Информационного взрыва" / В.С. Битенский, К.В. Аймедов, В.А. Пахмурный // Вісник психіатрії та психофармакотерапії.- Одеса, 2006. - N1. -С. 161-167.
3. Битенский В.С., Херсонский Б.Г. Мотивировка и условия, способствующие злоупотреблению опиатами у подростков // Психологические исследования и психотерапия в наркологии. Л., 1989.
4. Гараян Н.Г., Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия тревожных и депрессивных расстройств. МПЖ, 1996, N3, с.112-140.
5. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия: Пер. с англ. В 2т. -М.: Медицина, 1994. - 672 с.
6. Карвасарский Б. Д. Неврозы: Руководство для врачей. -2-е

изд. - М.: Медицина, 1990. - 448 с.

7. Карвасарский Б. Д. Психотерапия. - М.: Медицина, 1985. - 303 с.

8. Комер Р. Основы патофизиологии: Пер. с англ. - М.: прайм-Евразнак, 2005. - 598 с.

9. Львова Л.В. Гримасы страха // <http://www.provisor.com.ua/archive/2005/N7>.

10. Марута Н.А., Данилова М.В. Патопсихологические закономерности формирования агорафобии невротического генеза // Арх. психиатрии.- 2003.- Т.9, N.4.- С.35-40.

11. Марута Н.А., Семикина Е.Е. Применение анксиолитической терапии в лечении соматоформной вегетативной дисфункции // Новости мед. и фарм.-2008. - № 5. - С. 14-15.

12. Маслоу А.Г. Мотивация и личность.- СПб., 1999.

13. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Клас-сификация психических и поведенческих расстройств (клиниче-ские описания и указания по диагностике).- ВОЗ, Россия, СПб.: Оверлайд, 1994.- 304 с.

14. Мишиев В.Д. Клинические показания к применению

нового серотонинергического антидепрессанта – золофт (сертралин). //Журнал психиатрии и медицинской психологии. 1 (5), 1999. – С. 91-95.

15. Мішиєв В.Д. Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів: клініка, діагностика, терапія. - Львів: Видавництво Мс, 2005. – 200 с.

16. Мішиєв В.Д. Сучасні депресивні розлади. Керівництво для лікарів. Львів: Видавництво Мс. – 2004. – 207 с.

17. Мэй Р. Проблема тревоги. Пер. сангл. - М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. - 432с. с. с.

18. Мэй Э. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка: Пер. с англ. – СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. - 508 с.

19. Перре М., Бауманн У. Клиническая психология: Пер. с нем.-СПб.: Питер, 2006.-1312 с.

20. Ромек В.Г. Поведенческая терапия страхов //Журн. практич. психологии и психоанализа.- 2002.- №1.- С.9-17.

21. Сергеев И.И. Места антидепрессантов в терапии фобий // Психиатрия и психофармакология.- 2001.- № 3.- С. 11-15.

22. Современная психотерапия / Под ред. Р.Корзини //http://psyjournal.ru.

23. Табачников С.И., Первый В.С. Фобии: клиника, диагностика, лечение, профилактика : Монография. - Д.: АРТ-ПРЕСС, 2005. - 348с.

24. Франкл В. Человек в поисках смысла. " М.: Прогресс, 1990. " 358 с.

25. Франкл В. Воля к смыслу. " М.: ЭКСМО-ПРЕСС, 2000. – 368 с.

26. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия. В сб.: "Основные направления современной психотерапии". М.: Когито, 2000.

27. Эллис А. Психотренинг по методу Альберта Эллиса: Пер. с англ. -СПб.: Питер, 1999. -288 с.

28. Эллис А., Драйден У. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии: Пер. с англ. - СПб: Речь, 2002. - 352 с.

29. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, revised. Washington DC: American Psychiatric Association 1994.

30. Baldwin D.S., Birtwistle J. The side effect burden associated with drug treatment of panic disorder //J. Clin. Psychiatry.- 1998.- Vol.59, Suppl.8.-P.39-44.

31. Bandura A. Principles of behavior modification. - New York: Holt, 1969.-P. 117-128.

32. Bandura A. Social learning theory. - New Jersey: Prentice Hall, 1977. - P. 84-85.

33. Bandura, A., Adams, N. E., & Beyer, J. (1977). Cognitive processes mediating behavioral change. Journal of Personality and Social Psychology, 35, 125-139.

34. Beck A. T. Cognitive therapy and the emotional disorders. 1976, American book, New-York, 1976.

35. Bienvenu O.J., Eaton W.W. The epidemiology of blood-injection-injury phobia. Psychol Med 1998;28:1129-36.

36. Eaton W. W., Dryman A., Weissman M. M. Panic and phobia. In L. N. Robins & D. A. Regier (Eds.), Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study. New York: Maxwell Macmillan International, 1991.

37. Emmelkamp, P. M. (1982). Phobic and obsessive-compulsive disorders. New York: Plenum Press.

38. Emmelkamp, P. M. (1994). Behavior therapy with adults. In

A. E. Bergin & S. L. Garfiel (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed.). New York: Wiley.

39. Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. Journal of Anxiety Disorders, 14(3), 263-279.

40. Fredrikson, Mats et al. , Gender and age differences in the prevalence of specific fears and phobias. // BEHAVIOUR RESEARCH AND THERAPY. - PERGAMON-ELSEVIER SCIENCE LTD, 1996 (34) : 1, s. 33-39.

41. Kessler R.C., McGonagle K.A., Zhao S., Nelson C. B., Hughes M., Eshleman S., Wittchen H.-U., Kendler, K.S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the national comorbidity survey //Arch. Gen. Psychiatry.- 1994.- Vol.51.- P.8-19.

42. Magee W. J., Eaton W. W., Wittchen H.-U., McGonagle K. A., Kessler R. C. Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey // Arch. Gen. Psychiatry.- 1996.- Vol.53, N.2.- P.159-168.

43. Marks I., Dar R. Fear reduction by psychotherapies : Recent findings, future directions //Br. J. Psychiatry.- 2000.Vol.176, N.6.- P.507-511.

44. Mathews A.M., Gelder M.G. Agoraphobia, nature and treatment. – New York: Guilford Press, 1981.- P.41-83.

45. Maslow A. The father reaches of human nature. – New -York: Viking, 1971.

46. Muris, P. & Merckelbach, H. (2000). How serious are common childhood fears? II. The parents' point of view. Behaviour Research and Therapy , 38 , 813-818.

47. Muris, P., Schmidt, H., Engelbrecht, P., & Perold, M. (2002). DSM-IV-defined anxiety disorder symptoms in South African children. Journal of the American Academy of Child And Adolescent Psychiatry, 41(11), 1360-1368.

48. Nemeth A., Agoston G. The efficacy of paroxetine in the treatment of anxiety disorders. Gyogyszereink.- 2002.- Vol.52.-P.46-49.

49. Nutt, D. & Bell, C. (1997) Practical pharmacotherapy for anxiety. Advances in Psychiatric Treatment,3,79-85.

50. Nutt DJ,Bell CJ,Protokar JP.Drug treatment of chronic anxiety.Bailliere's Clin Psychiatry 1995;1:565 -94.

51. Regier D A, Narrow W E, Rae D S, Manderscheid R W, Locke B Z, Goodwin F K. "The De Facto U.S. Mental Health and Addictive Disorders Service System: Epidemiologic Catchment Area Prospective One-Year Prevalence Rates of Disorders and Services." Archives of General Psychiatry. 1993;50(2):85-94.

52. Scott A., Davidson A., Palmer K. Antidepressant drugs in the treatment of anxiety disorders // Advan. Psychiatr. Treat.- 2001.- №.7.- P.275-282.

53. Szódy Zsuzsanna E: Kedőlybetegséggek és szorongásos zavarok prevalenciája Magyarországon. - Budapest: Print-Teck Kiadó, 2000.

54. Wittchen H.-U., Perkonig A. Epidemiologie psychischer Störungen. Grundlagen, Häufigkeit, Risikofaktoren und Konsequenzen // Enzyklopädie der Psychologie // Hrsg. A. Ehlers, K. Hahlweg.- Göttingen: Hogrefe, 1996.- P.69-144.

55. Wolpe, J. (1997). From psychoanalytic to behavioral methods in anxiety disorders: A continuing evolution. In J. K. Zeig (Ed.), The evolution of psychotherapy: The third conference. New York: Brunner/Mazel.

56. Wolpe, J. (1990). The practice of behavior therapy (4th ed.). Elmsford, NY: Pergamon Press.

Поступила в редакцию 21.03.2009