

УДК 616.891-085:615.851

КОМПЛЕКСНАЯ КОГНИТИВНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ С ПРИСТУПАМИ ПАНИКИ. МЕТОДИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ. СООБЩЕНИЕ 2

Р. Д. Тукаев, О. П. Зуева, А. Н. Кузнецов, В. Н. Кузнецов, К. А. Срывкова

*ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России,
Российская медицинская академия последипломного образования*

Возможности гипнотерапии при тревожных расстройствах с приступами паники

Гипнотерапия является важным, но не исключительным компонентом в комплексной психотерапии тревожных расстройств с приступами паники (ПП). Применение гипнотерапии позволяет сократить длительность психотерапии, ограничиваясь 10–15–20 сессионным курсом, при длительности каждой сессии в 1 час. Время психотерапевтической сессии поровну распределяется между когнитивно-ориентированной работой в бодрствовании и в гипнотерапии.

Согласно интегративной теории гипноза и гипнотерапии [4, 6], гипнотерапия обладает отчетливым саногенным, биологическим, терапевтическим действием, включающим, наряду с многократно подтвержденным седативным, противотревожным компонентом и вегето-стабилизирующий компонент. Кроме того, гипнотическое состояние повышает потенциал обучаемости индивида. Повышение обучаемости важно для овладения различными копинг-стратегиями, в связи с ограничительным поведением, фобиями и т.д. Гипнотерапия позволяет быстро и глубоко модифицировать патологическое поведение невротического уровня, что служит основой для быстрой и успешной поведенческой реализации необходимых копинг-стратегий. Важным доводом является отечественный опыт эффективной психотерапии панического расстройства, включавшей курс гипнотерапии [2].

Методической основой применяемой гипнотерапии стала методика универсальной гипнотерапии [4–7].

Методика универсальной гипнотерапии и ее использование при психотерапии тревожных расстройств с приступами паники

В основу методики универсальной гипнотерапии [4–7] положены следующие базовые принципы: 1) стимуляция целостной позитивной личностной

активности пациента в терапии к выздоровлению и дальнейшей устойчивой адаптации; 2) использование проективных преобразований; 3) стимуляция позитивных личностных состояний и ценностей; 4) воздействие репродуцируемого цвета; 5) стимуляция дистанцирования стрессогенных переживаний [3], построение моделирующих позитивное поведение гипнотических внушений; 6) создание в гипнотерапии позитивно-векторного семантического пространства для активных терапевтических преобразований пациента.

Стимуляция целостной позитивной личностной активности пациента в терапии к выздоровлению и дальнейшей устойчивой адаптации является одним из ведущих принципов. К моменту создания методики универсальной гипнотерапии был сделан вывод о прямом влиянии на результат психотерапии выраженности мотивации пациента на выздоровление, улучшение своего состояния. Отметим, что значимость мотивации на выздоровление подтверждена в исследованиях эффективности психотерапии [12].

Поэтому стимуляция развития реалистичной позитивной терапевтической мотивации (ПТМ) на улучшение состояния, выздоровление пациента принята в универсальной гипнотерапии как главный терапевтический принцип, первичный целевой конструкт. Работа с ПТМ пациента начинается на первой диагностической сессии, она становится основой при заключении психотерапевтического контракта, такая мотивация поддерживается в ходе психотерапии и констатируется при ее завершении.

На диагностической сессии, после обсуждения клинического диагноза, вероятного прогноза терапии, установления доверительного контакта пациент информируется (с последующим обсуждением) о позитивном влиянии мотивации на выздоровление, желания выздороветь на результат психотерапии. Мотивация на выздоровление, улучшение прямо и опосредованно стимулируется и поддержи-

вается в ходе дальнейшей психотерапии, в формате гипнотерапии и вне его. Опосредованная стимуляция ПТМ поддерживается постоянной стимуляцией активности пациента в ходе психотерапии, прежде всего в ходе сессий универсальной гипнотерапии, на всех ее этапах.

ПТМ предполагает наличие личностной активности пациента, также позитивного характера. Постоянная стимуляция позитивной личностной активности является следующим целевым принципом и обязательным условием каждой сессии универсальной гипнотерапии, включая гипнотизацию, терапевтическую работу в состоянии транса, дегипнотизацию.

Выявление и когнитивная оценка межсессионной и итоговой позитивной динамики состояния пациента являются еще одним целевым терапевтическим принципом и фактором стимулирования ПТМ. Как правило, пациент в процессе результативной терапии отстает в своем осознании от реальной терапевтической динамики. Осознание позитивной динамики может быть реализовано на основе: 1) выявления и предъявления пациенту сокращения списка актуальных болезненных симптомов в период от сессии к сессии; 2) предсессионного оценивания пациентом своего состояния с помощью графической линейной шкалы состояния (в диапазоне от самого негативного до самого позитивного) с повторной локализацией своего актуального состояния, позволяющей сравнивать результаты сессий и выявлять межсессионную и общую динамику.

Использование проективных преобразований в форме проективного соматического катарсиса в универсальной гипнотерапии. В основу приема соматического проективного катарсиса положены три базовых принципа.

1. Осознанность, контроль, ограниченность являются прямо связанными психологическими понятиями, которые имеют высокую позитивную значимость для стабильности психического состояния и противостоят возможным, а в плане терапии – нередко желательным изменениям.

2. Позитивное изменение состояния важнее непосредственного понимания такого изменения.

3. Степень дифференцированности и осознанности восприятия снижается в последовательности от зрительной к слуховой, проприоцептивной модальностям.

Суть приема соматического катарсиса проста в изложении, но может быть сколь угодно сложной, глубокой, системной в реализации пациентом. После общего указания на то, что человек что угодно из одной области восприятия может реализовать через что угодно в иной области восприятия, пациенту предлагается все то, что накопилось в нем неприятного, негативного, болезненного из разряда переживаний, ощутить как некую тяжесть в груди или иное ощущение, которое появляется, предлагают его выдохнуть, с условием, что если ощущения

выдыхаются, то с каждым последующим вдохом вдохнуть становится легче, а с каждым выдохом часть остающегося ощущения выдыхается. Выдыхание проявившегося накопленного ощущения (тяжести, напряжения) ставится как самостоятельная задача для пациента, клиента, которая реализуется до максимального освобождения пациента, клиента от имеющегося, уменьшающегося ощущения (тяжести, напряжения). Освобождение от проявившихся телесных ощущений, переживаний связывается во внушении с психологическим успокоением, освобождением.

Стимуляция позитивных личностных состояний и ценностей. Наше понимание мышления гипнотика как функционально-регрессивного, близкого к конкретно-образному, детскому, позволяет по-новому рассмотреть восприятие речи в гипнозе. В иерархии восприятия слов и фраз у взрослого человека доминируют (1) смыслы и лишь затем – (2) ощущения, состояния, переживания. Однако, в восприятии того гипнотического ребенка, которым становится взрослый, иерархия речевого восприятия изменяется с приоритетом (1) ощущений, состояний, переживаний и лишь затем – (2) смыслов. Речь, обращенная к гипнотику, становится особой, первичной речью, гораздо более прямого действия, чем речь, обращенная к взрослому в бодрствовании. Поэтому, реализуя гипнотерапию, мы строим свою речь как речь прямого действия, в которой предполагается использование иерархии (динамики) речевого восприятия гипнотика от ощущений, состояний, переживаний к соответствующим смыслам.

Человек, вошедший в гипнотический транс, осознает себя находящимся в гипнотическом транссе, поэтому прямая констатация клинически значимых [10] позитивных экзистенциальных ощущений уверенности, спокойствия, свободы, самодостаточности во внушении связывается первоначально с наличием гипнотического состояния.

Воздействие репродуцируемого цвета. Важным посылом к разработке методики стали исследования автором воздействия внушенных в гипнозе цветowych ощущений и образов с целью применения цветowych внушений в гипнотерапии невротических расстройств. Данные экспериментов [4, 6] показали, что цветowe внушения реализуются в среднем и глубоком гипнозе, оказывают направленное психо-вегетативное и эмоциональное воздействие на человека. Репродукция внушенных цветов в гипнозе сопровождается тремя феноменами, соответственно нейрофизиологической и психологической природы.

Первым является ахроматическая трансформация репродуцируемого цвета, которая заключается в появлении в ответ на внушение хроматического цвета (синего, зеленого, желтого, красного) ахроматических серого, черного, коричневого цветов в репродукции. Второй представлен появлением мелких неокрашенных структур в репродуцированном

цвете. По мере улучшения состояния данные феномены ослабевают, могут полностью замениться репродукцией внушаемого цвета.

Третий феномен – хроматической трансформации внушенного в гипнозе цвета проявляется появлением в репродукции иного, а не внушаемого цвета.

Феноменология внушенного цвета характеризует глубину гипноза: в среднем гипнозе репродуцируемый цвет плоский и волнообразно затухает, в глубоком гипнозе он становится объемным и постоянным во времени.

Нами было экспериментально показано, что для целей релаксации, мировосприятия наиболее подходит репродукция синего цвета. Поэтому в методике универсальной гипнотерапии для создания цветового релаксационного фона вербальному внушению использовали периодическое, с интервалом в 1–2 минуты внушение синего цвета на протяжении сессии гипнотерапии.

Стимуляция и моделирование дистанцирования стрессогенных переживаний и построение моделирующих позитивное поведение гипнотических внушений. Психологическими исследованиями ранее было показано, что нормальное переживание сводится к субъективному отделению, дистанцированию от произошедших событий без когнитивных искажений их сути [1], тогда как патологическое переживание невротического регистра сопряжено с когнитивной деформацией, искажениями событийного ряда, понимаемыми как патологические психологические защиты [11]. Формат гипнотерапии позволяет активировать механизмы нормального переживания событий с их субъективным дистанцированием, с выключением, дезактивацией механизмов патологических защит, искажающих переживание [4–7]. Для «нормализации» процесса переживания мы разработали прием двухступенчатого дистанцирования текущих и прошлых событий; первая ступень служит дистанцированию текущих, личностно стрессогенных событий, вторая ступень предназначена для дистанцирования, завершения остающегося актуальным прошлого стрессогенного, травматического опыта.

Моделирование нормализации сна. Улучшение качества сна является одной из задач универсальной гипнотерапии, в которой внушение использует позитивную феноменологическую модель хорошего сна (вечером – засыпание, утром – пробуждение, без воспоминаний о самом сне).

Телесно-ориентированная проективная работа в универсальной гипнотерапии. Гипнотерапия принципиально обладает широким эустрессовым терапевтическим потенциалом в отношении соматических, неврологических расстройств [4, 6].

Для телесно-ориентированной работы в универсальной гипнотерапии используется недиригентное внушение ощущений тепла (преимущественно) и прохлады (в некоторых зонах тела). Зонами внушения ощущения тепла являются теменно-затылочная

зона с проекцией в «глубину головы», задняя поверхность шеи, плечи, область проекции сердца (спереди), области подреберий и эпигастрия. Недиригентное внушение ощущения прохлады адресуется носу, вискам и «тем зонам, где оно необходимо», сопрягаясь с ощущением прохлады на вдохе. Внушение обуславливает «выравнивание» ощущений тепла и прохлады в теле, «растворение и замещение ими иных ощущений».

Моделирование позитивного состояния после завершения сессии универсальной гипнотерапии. Перед завершением сессии универсальной гипнотерапии проводится внушение позитивного самочувствия в последовательности: телесного комфорта, «ясности» головы, хорошего настроения.

Моделирование позитивной динамики и усиления мотивации на выздоровление, улучшение состояния. Со второй сессии универсальной гипнотерапии проводятся внушения, акцентирующие: позитивную динамику состояния пациента, клиента в процессе психотерапии, повышение мотивации на выздоровление, обретение большей личностной силы.

Структура сессии универсальной гипнотерапии.

Каждая сессия универсальной гипнотерапии длится один час и состоит из следующих компонентов:

1) подготовки к сеансу универсальной гипнотерапии, включая опрос, обсуждение текущего состояния, динамики состояния с акцентом на редукцию болезненных симптомов, проблем;

2) сессии универсальной гипнотерапии, включая гипнотизацию, собственно гипнотерапию, дегипнотизацию;

3) последующего расспроса с оценкой прошедшей терапевтической сессии.

В данном разделе мы сконцентрируемся только на изложении структуры самой универсальной гипнотерапии, исключая гипнотизацию, дегипнотизацию.

Длительность сессии собственно универсальной гипнотерапии около 30 минут (35–40 минут с учетом гипнотизации, дегипнотизации), она состоит из четырех частей.

Первая часть сессии универсальной гипнотерапии представлена приемом соматического проективного катарсиса.

Вторая часть сессии универсальной гипнотерапии состоит из следующих компонентов.

1. Внушения синего цвета, в дальнейшем периодически, с интервалом в 1–2 минуты повторяющиеся на протяжении всей сессии.

2. Стимуляции позитивных личностных состояний и ценностей.

3. Двухшаговой стимуляции дистанцирования стрессогенных переживаний и завершения негативных состояний, расстройств – построение моделирующих позитивное поведение гипнотических внушений.

4. Стимуляции нормализации сна.

Третья часть сессии представлена телесно-ориентированной проективной работой, на которую продолжает накладываться периодическое внушение синего цвета.

Четвертая часть сессии универсальной гипнотерапии в основном соответствует первой ее части.

Общими психологическими векторами проективной работы в обоих случаях являются освобождение, гармонизация, релаксация.

Вторая и четвертая части актуализируют: ощущения-состояния уверенности, спокойствия, свободы; моделирование дистанцирования стрессогенных переживаний и завершения негативных состояний, расстройств с построением моделей позитивного поведенческого их преодоления; стимуляцию нормализации сна.

Создание в гипнотерапии позитивно-векторного семантического пространства активных терапевтических преобразований пациента, клиента. Применение универсальной гипнотерапии создает позитивное терапевтическое семантическое пространство и терапевтический векторный процесс. Векторный психотерапевтический процесс реализуется коммуникацией терапевта и пациента, клиента, нацеленной на терапевтическую цель, результат психотерапии, максимально возможное и стабильное клиническое улучшение.

Результаты клинического применения методики психотерапии тревожных расстройств с приступами паники

Для оценки эффективности психотерапии использованы разработанные нами системные клинические критерии оценки эффективности психотерапии [5–7], адаптированные к области тревожных расстройств с приступами паники. В основу критериев положена клиническая шкала с четырьмя градациями: значительное улучшение состояния, улучшение состояния, незначительное улучшение состояния, отсутствие улучшения состояния. Оценка проводится по обязательным и дополнительным критериям. Дополнительные критерии предполагают использование клинических опросников, соотношенных с четырьмя градациями оценки эффективности психотерапии. Разработанные

критерии оценки эффективности психотерапии соответствуют требованиям доказательной медицины в части получения дискретных оценок [30].

Результаты психотерапии тревожных расстройств с приступами паники и их обсуждение

Психотерапия проведена 102 пациентам (табл. 1). Значительное улучшение состояния достигнуто в 66 случаях (64,7%), улучшение состояния – в 32 случаях (31,4%), незначительное улучшение состояния – 1 случае (0,98%), терапевтический эффект отсутствовал в 3 случаях (2,92%). Общий непосредственный результат проведенной психотерапии достаточно высок, поскольку число случаев значительного улучшения и улучшения состояния в совокупности составило 96,1% (98 случаев).

В 81 случае проведена монопсихотерапия, в 21 – психотерапия, на фоне которой происходило снижение дозы и последующее прекращение приема антидепрессантов, анксиолитиков, транквилизаторов. Эффективность психотерапии в обеих группах (при статистическом сравнении клинической результативности по критериям значительного улучшения, улучшения состояния и т.д.) не имеет достоверных различий. Однако, длительность психотерапии в группах достоверно различается, оказываясь заметно ниже в группе монопсихотерапии (13 часовых сессий психотерапии против 20).

У 54 пациентов из 102 удалось получить катamnестические данные через год после завершения психотерапии (табл. 2).

В данной подгруппе непосредственные результаты психотерапии при монопсихотерапии и психотерапии с прекращением на ее фоне фармакотерапии не имеют статистических различий с таковыми для всей группы (табл. 1). Однако, катamnестические данные через год после проведенной психотерапии достоверно ниже непосредственных результатов в подгруппе. Так, катamnестически «значительное улучшение состояния» сохранилось в 65% случаев против исходных 71% случаев, частота «улучшение состояния» возросла с 31% до 35% в катamnезе, рецидивирование заболевания произошло в 8%

Таблица 1

Результаты психотерапии тревожных расстройств с приступами паники

Группы	Эффект психотерапии					Среднее число сессий психотерапии
	ЗУС	УС	НУС	ОУ	Всего	
Монопсихотерапия	55 67,9%	25 30,9%	1 1,2%	0 –	81 100%	13*
Психотерапия с прекращением фармакотерапии	11	7		3	21	20
Из них с сохранением фармакозависимости		4		1	5	
Всего	66 64,7%	32 31,4%	1 0,98%	3 2,92%	102 100%	–

Примечания: ЗУС – значительное улучшение состояния; УС – улучшение состояния; ОУ – отсутствие улучшения; НУС – незначительное улучшение состояния; * – достоверно различающийся показатель в столбце.

Таблица 2

Непосредственные и катamnестические результаты психотерапии тревожных расстройств с приступами паники

Группы	Эффект психотерапии						
	ЗУС	УС	НУС	ОУ	Рецидив	Всего	Среднее число сессий психотерапии
Монопсихотерапия	27 (71%)	11 (29%)	–	–		38	14*
Катамнез 1 год	24 (65%)	12 (31%)	–	–	2 (6%)	38	
Психотерапия с прекращением фармакотерапии	9	5	–	2		16	22*
Катамнез 1 год	5	7		2	2	16	
Всего в катамнезе	29* 53%	19* 35%		2 4%	4 8%	54 100%	–

Примечания: ЗУС – значительное улучшение состояния; УС – улучшение состояния; ОУ – отсутствие улучшения; НУС – незначительное улучшение состояния; * – достоверно различающийся показатель в столбце.

случаев. Тем не менее, число случаев значительно улучшения и улучшения состояния в совокупности составило 88% (48 случаев), что указывает на достаточную устойчивость достигнутого терапевтического результата.

Поскольку известен отечественный опыт психотерапии тревожных расстройств с ПП, включающий комплексную психотерапию (когнитивно-поведенческую психотерапию, релаксацию, регуляцию дыхания, гипнотерапию) [2], мы располагаем возможностью сопоставления результативности двух методов. Была проведена монопсихотерапия 30 пациентов: в 93% случаев получена полная редукция ПП, в 7% – их урежение, ослабление; катамнестически через 1 год 70% пациентов считали себя здоровыми, у 23% при отсутствии ПП имели место перманентные вегетативные нарушения и лишь у 7% сохранялись ПП. Несомненно, полученные результаты близки нашим, приведенным выше, несмотря на различие (1) применявшихся методов психотерапии и (2) клинических групп (в нашем случае у части пациентов на фоне психотерапии происходило прекращение фармакотерапии). Нами применялась единая интегрированная краткосрочная методика, включавшая психообразовательный, когнитивно-ориентированный и гипнотерапевтический (в формате методики универсальной гипнотерапии) компоненты. Сотрудниками А.М.Вейна [2] применялся комплекс из 4-х самостоятельно реализовавшихся методов, что, вероят-

но, требовало участия нескольких специалистов и в несколько раз большего числа психотерапевтических сессий и временных затрат. Примечателен факт применения метода гипнотерапии в обоих случаях.

Заключение

1. Комплексная, интегрированная, системная психотерапия, включающая психообразовательный, каузально-когнитивно ориентированный, вегето-стабилизирующий (на основе гипнотерапевтических, релаксационных техник) компоненты, является важным условием эффективной терапии тревожных расстройств с ПП. Учитывая результативность, отсутствие прямых противопоказаний и осложнений в применении, описанная комплексная методика психотерапии может рассматриваться как перспективный метод терапии тревожных расстройств с ПП.

2. Принципиальной особенностью описанной нами эффективной методики психотерапии тревожных расстройств с ПП является использование разработанного нами каузально-когнитивно ориентированного подхода. Данный подход позволяет пациенту на основе осознания им причинно-следственных связей, логики развития собственного тревожного расстройства, на основе научения восстановить толерантность и доверие к работе собственного организма и контроль над ним в определенном, здоровом жизненном диапазоне.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березин Ф.В. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л., 1988. 270 с.
2. Вейн А.М., Дюкова Г.М., Воробьева О.В., Данилов А.Б. Панические атаки (руководство для врачей). М., 2004. 408 с.
3. Тукаев Р.Д. Психотерапия реакций психического стресса // Здравоохранение Башкортостана. 1992. Т. 1, № 1. С. 6–10.
4. Тукаев Р.Д. Феноменология и биология гипноза (теоретический анализ и практическое применение). Уфа, 1996. 270 с.
5. Тукаев Р.Д. Психотерапия; структуры и механизмы. М., 2003. 270 с.
6. Тукаев Р.Д. Гипноз; феномен и клиническое применение. М., 2006. 448 с.
7. Тукаев Р.Д. Психотерапия; теории, структуры и механизмы. М., 2007. 392 с.
8. Тукаев Р.Д. Феноменология и клиника острого стрессового расстройства у спасателей-медиков. Ретроспективный анализ // Психотерапия. 2006. Т. 41, № 5. С. 24–36.
9. Фрезер Д.Д. Золотая ветвь: Исследование магии и религии. Пер. с англ. 2-е изд. М., 1983. 703 с.
10. Celinski M.J., Pilowsky J. Measuring resilience to psychological outcomes of natural disasters. More questions than answers // The Phoenix of Natural Disasters: Community Resilience / K.Gow, D.Paton (Eds.). New York: Nova Science Publishers Inc., 2008. P. 73–86.
11. Freud A. The ego and the mechanism of defense. L.: Hogan press, 1948. 196 p.
12. Schweickhardt A., Leta R., Bauer J., Fritzsche K. Psychotherapy motivation-factor analysis and validity of a modified version of the Psychotherapy Motivation Questionnaire (FPTM // Psychother. Psychosom. Med. Psychol. 2009. Vol. 59, N 11. P. 401–408.

КОМПЛЕКСНАЯ КОГНИТИВНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ С ПРИСТУПАМИ ПАНИКИ. МЕТОДИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ. СООБЩЕНИЕ 2**Р. Д. Тукаев, О. П. Зуева, А. Н. Кузнецов, В. Н. Кузнецов, К. А. Срывкова**

Разработана комплексная методика психотерапии тревожных расстройств с паническими приступами, включающая психообразовательный, каузальный, когнитивно-ориентированный, гипнотерапевтический компоненты. Проведены непосредственная и катамнестическая оценка эффективности комплексной психотерапии тревожных расстройств с паническими приступами. Результаты клинического применения указы-

вают на: 1) клиническую эффективность разработанной методики психотерапии; 2) возможность применения методики самостоятельно, в комплексе с фармакотерапией, с прекращением фармакотерапии.

Ключевые слова: тревожные расстройства с паническими приступами, комплексная когнитивно-ориентированная психотерапия, гипнотерапия, оценка эффективности психотерапии.

COMPLEX COGNITIVELY-GUIDED PSYCHOTHERAPY OF ANXIOUS DISORDERS WITH PANIC ATTACKS. METHOD AND RESULTS OF APPLICATION. PAPER 2**R. D. Tukayev, O. P. Zuyeva, A. N. Kuznetsov, V. N. Kuznetsov, K. A. Sryvkova**

The complex method of psychotherapy for anxious disorders with panic attacks is developed; its components are psycho-educational, causal, cognitively-guided, hypnotherapeutic. The immediate and in one year follow-up efficiencies of psychotherapy of anxious disorders with panic attacks are evaluated. Results of clinical application specify on: 1) clini-

cal efficiency of the developed method of psychotherapy; 2) an opportunity of its separate application, complex application with pharmacotherapy and with termination of pharmacotherapy.

Key words: anxious disorders with panic attacks, complex cognitively-oriented psychotherapy, hypnotherapy, efficiency of psychotherapy.

Тукаев Рашит Джаудатович – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России, кафедра психотерапии и сексологии Российской медицинской академии последипломного образования; e-mail: tukaevrd@mtu-net.ru

Зуева Оксана Петровна – аспирант кафедры психотерапии и сексологии Российской медицинской академии последипломного образования; e-mail: ice1977@bk.ru

Кузнецов Андрей Николаевич – врач-психотерапевт ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: annikuz@mail.ru

Кузнецов Владимир Викторович – аспирант ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: psy003@gmail.com

Срывкова Ксения Александровна – аспирант ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: ksufiko@gmail.com