

Интеграция семейной системной и когнитивно-бихевиоральной психотерапии в лечении больных с хронифицированными формами тревожных расстройств

Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б.

Московский научно-исследовательский институт психиатрии Минздрава России
Московской городской психолого-педагогический университет (МГППУ)

РЕЗЮМЕ. В статье представлены идеи интегративной психотерапии тяжелых форм тревожных расстройств. Рассматриваются психосоциальные факторы неблагоприятного течения этих расстройств – институциональные, личностные, семейные. Авторы теоретически обосновывают возможность интеграции идей когнитивно-бихевиоральной и системной семейной психотерапии в долгосрочном лечении указанных расстройств. В наглядной форме представлены основные этапы такой психотерапии, где индивидуальная работа с больным, направленная на модификацию дисфункциональных когнитивных схем и паттернов совладания с тревогой, происходит параллельно с семейными вмешательствами.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: тяжелые формы тревожных расстройств, психосоциальные факторы, интеграция, когнитивная психотерапия, системная семейная психотерапия

КОНТАКТ: E-mail: psylab2006@yandex.ru, E-mail: garanian@mail.ru

Исследователями и практиками длительное время недооценивался инвалидизирующий характер течения многих расстройств, относимых к кластеру невротических и связанных со стрессом (МКБ-10, F.4). Данная статья отражает 20-летний опыт авторов в изучении и практической работе с пациентами, страдающими т. н. «тревожными расстройствами», к которым относятся такие распространенные заболевания как паническое расстройство и агорафобия, генерализованное тревожное расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство и социальная фобия. В отечественной психиатрии эта группа расстройств традиционно рассматривалась как относительно благоприятная в плане прогноза и возможностей социальной адаптации пациентов. Переход этих состояний в хронические формы зачастую рассматривался как свидетельство иной нозологической принадлежности.

Первые попытки оценить экономическое бремя тревожных расстройств в международной практике относятся к 1990-м годам. Они не подтвердили гипотезу о том, что депрессия является безусловным лидером среди других расстройств по этому критерию. Потери, связанные с заболеваемостью тревожными расстройствами, оказались вполне сопоставимыми с экономическим бременем депрессии (Greenberg P.F., Sistrisky T., 1999). Эпидемиологические исследования согласованно подтверждают, что тревожные расстройства являются самыми распространенными среди населения – так, в США на протяжении жизни страдают хотя бы одним тревожным расстройством 30% населения (Kessler R.S., Berglund B., Demler O. et al., 2005), а на протяжении одного года – от 11 до 18% взрослого населения (Kessler R.S., Chui W.N., Demler J., Mericangas K.R., Walters E.E., 2005). За пределами США распространенность тревожных расстройств несколько ниже от 19 до 16 % в Европе, Азии и Африке (Comer J., Olfson M., 2010).

От 70 до 90 % больных тревожными расстройствами по разным данным имеют еще один диагноз психического расстройства. Отмечается их высокая коморбидность депрессиям, личностным расстройс-

твам и различным видам химической зависимости, а также высокий риск вторичной депрессии и алкоголизма у пациентов с тревожными расстройствами (Comer J., Olfson M., 2010). Исследователи особо подчеркивают такую проблему, как плохое распознавание тревожных расстройств и позднее обращение за помощью со стороны пациентов, страдающих тревожными расстройствами: не более трети пациентов с паническими атаками или генерализованным тревожным расстройством обращаются за помощью в течение первого года после начала заболевания (Wang P.S., Berglund P., Olfson M. et al., 2005).

Эксперты делают важный вывод о недооценке распространенности тревожных расстройств и недостаточном внимании к их тяжелым последствиям (Comer J., Olfson M., 2010).

Коллективом сотрудников лаборатории клинической психологии и психотерапии МНИИ психиатрии Минздрава России с 1996 г. ведется работа по изучению психосоциальных факторов и разработке методов оказания помощи пациентам с разными формами тревожных расстройств (Воликова С.В., 2006; Гаранян Н.Г., 2010; Гаранян Н.Г. с соавт., 2001; 2003; Холмогорова А.Б., 2006, 2011; Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., 1998; Холмогорова А.Б. с соавт., 2010; Юдеева, 2007). Эти данные позволили нам выделить наиболее важные факторы хронификации тревожных расстройств, обуславливающие их неблагоприятное, инвалидизирующее течение.

Одним из основных становится институциональный фактор, связанный с несовершенством организации медико-психологической помощи данному контингенту. Плохая информированность населения о сути заболевания и научно-обоснованных методах помощи, отсутствие необходимой подготовки у врачей общей практики, страх перед стигмой приводят к несвоевременному обращению за помощью – зачастую спустя годы после начала заболевания, что, впрочем, отмечается и в международных исследованиях (Wang P.S., Berglund P., Olfson M. et al., 2005). Многие пациенты или их родственники решаются обратиться

к специалисту службы психического здоровья, когда симптомы достигают тяжелой степени выраженности, социальное функционирование значительно нарушено. Нередко также имеют место многократные обращения за помощью к врачам общей медицинской практики, в частный, медицинский сектор, к психологам-консультантам неклинического профиля. Как правило, в этих случаях имеет место неправильная диагностика и многочисленные ятрогении: пациенты начинают подозревать у себя тяжелые соматические и психические заболевания, т. к. отсутствие адекватной психообразовательной работы и непонимание сути состояния приводит к усилению тревоги и негативным прогнозам. К сожалению, в отечественной медицинской практике недостаточно распространены и освоены международные стандарты лечения именно этой группы расстройств; только в самое последнее время они стали активно обсуждаться на сайте Российского общества психиатров. В нашей практике постоянно встречаются пациенты, в клиническом ведении которых эти принципы не учитывались (например, пациентам с ОКР сразу назначались нейролептики без предварительного назначения СИОЗов).

Наряду с институциональными, существует также система факторов, связанных с характеристиками самих пациентов. В результате многолетнего лонгитюдного исследования эффективности комплексного лечения расстройств аффективного спектра, выполненного в дизайне *naturalistic study* (Холмогорова А.Б. с соавт., 2010), нами были описаны особенности группы больных расстройствами аффективного спектра, нуждающихся в длительном лечении и комбинации разных методами психотерапии. Среди этих пациентов доминировали пациенты с тревожными расстройствами, имеющие средний стаж заболевания более 7 лет. По сравнению с группой, нуждающейся в краткосрочном лечении, в картине их заболевания были статистически достоверно более выражены обсессивно-компульсивные симптомы (по данным шкалы SCL-90-r). Согласно оценкам врача-психиатра, в группе долгосрочной терапии также чаще отмечались коморбидные личностные расстройства. Данные соответствующего опросника А. Бека подтвердили более высокую частоту дисфункциональных личностных убеждений, свойственных пассивно-агрессивным, нарциссическим, гистрионным, шизоидным, избегающим и параноидным личностям у пациентов данной группы. Для этих пациентов характерен более высокий уровень враждебности, меньшая комплаентность, а также большая степень дисфункций в родительской семье (Холмогорова А.Б. с соавт., 2010).

Наряду с международными стандартами фармакологического лечения все более важную роль начинают играть стандарты оказания психотерапевтической помощи, в рамках которой методы когнитивно-бихевиоральной терапии являются доминирующими. Так, даже для такого заболевания как шизофрения, в Великобритании в стандарты оказания помощи введены протоколы когнитивно-бихевиоральной терапии продуктивных и негативных симптомов. Метаанализы последнего десятилетия относительно эффективности КБТ тревожных расстройств показывают несомненное преимущество по сравнению с контрольными группами, а для некоторых расстройств (социальная фобия, паническое расстройство) доказанная эффективность применения КБТ сопоставима

с применением СИОЗов (Federoff I.C., Naylor S., 2001; Western D., Morrison K. 2001). Относительно лечения ОКР делается вывод, что КБТ является единственным методом первого выбора при лечении этого расстройства у взрослых помимо с СИОЗов (Koran L.M., Hanna G.L., Hollander E., Nestadt G., Simpson H.B., 2007).

Несмотря на отчетливые свидетельства высокой эффективности КБТ тревожных расстройств, довольно большая группа пациентов остается резистентной и к этому виду помощи. Это стимулирует специалистов к дальнейшему поиску причин такой терапевтической резистентности и способов ее преодоления. Так, 10 видных когнитивных психотерапевтов пытались осмыслить причины резистентности в психотерапии панического расстройства, перечень которых приводится ниже (Bruce T., Sanderson W., 2010): недостаточная вовлеченность в бихевиоральные эксперименты; низкая комплаентность; коморбидность (с депрессивными и личностными расстройствами); неадекватная когнитивная концептуализация случая, ошибки диагностики; внешняя поддержка «панического» поведения (вторичная выгода, страх разрыва отношений); проблемы когнитивного пере структурирования; наличие негативных жизненных событий; осложнения медикаментозного лечения; плохое осуществление КБТ; барьеры в терапевтических отношениях.

В контексте данной публикации важно отметить, что наряду с неблагоприятными клиническими характеристиками (коморбидности с другими расстройствами), неудачным проведением КБТ и интенсивным жизненным стрессом эксперты выделили такой фактор, как «внешнюю поддержку панического расстройства», обозначая этой формулировкой проблемы в отношениях с близкими людьми.

Мы также приводим собранные воедино данные относительно «солнечной» и «теневого» сторон в применении КБТ к лечению обсессивно-компульсивного расстройства (Sookman D., Leahy R., 2010).

Данные табл. 1 свидетельствуют о том, что, несмотря на очевидный прогресс в области когнитивно-бихевиоральной терапии ОКР, значительное число пациентов с этим расстройством остается невосприимчивым к данному виду вмешательства, даже при его сочетании с фармакотерапией.

Закономерно возникает вопрос о барьерах, встающих на пути к перестройке паттернов тревожного мышления и дисфункциональных стратегий поведения у трудных пациентов. Традиционный когнитивный подход фокусируется на когнитивных схемах, связанных с представлениями о собственной слабости и опасности окружающего мира (физического и социального). Эти схемы задают основу для тревожного стиля переработки текущей информации, избыточного когнитивными искажениями (в виде катастрофизации, персонализации, произвольного умозаключения и т. д.). Многолетний систематический анализ тяжелых случаев тревожных расстройств с хроническим, инвалидизирующим течением позволил нам выделить ряд специфических характеристик мышления этого контингента, которые поддерживают симптоматику и с трудом поддаются модификации в краткосрочном варианте КБТ: склонность к магическому мышлению, низкий уровень константности в восприятии себя и окружающего мира, убеждение

Таблица 1. Эффективность КБТ в лечении обсессивно-компульсивного расстройства

Солнечная сторона вопроса	Теневая сторона вопроса
- КБТ в комбинации с медикаментозной терапией не более эффективна, чем изолированная КБТ (Foa et al., 2005; O'Connor et al., 2006; Grothusen et al., 2005) - Медикаментозная терапия в сочетании с техниками экспозиции и предупреждения реакции более эффективна, чем изолированная психофармакотерапия (Simpson et al., 2008) - Применение медикаментов показано при сочетании ОКР с другими расстройствами (Hohagen et al., 1998) Вывод. КБТ является методом первого выбора для лечения ОКР; фармакотерапия должна добавляться к ней строго по показаниям для достижения оптимального и стойкого эффекта	- Большинство пациентов с ОКР не проходят КБТ - Примерно 50% пациентов с ОКР не дают желательного ответа на КБТ (даже в ее сочетании с фармакотерапией). 20% пациентов отказываются участвовать в процедурах погружения или предупреждения реакции 25% не демонстрируют признаков улучшения или переживают рецидив после окончания курса КБТ (Baer, Minichiello, 1998; Cottraux, Bouvard, Millery, 2005) - Лишь одна четверть выздоравливает полностью (Eddy et al., 2004) Вывод. Резидуальные симптомы создают риск эксацербации и хронификации ОКР; даже субклинические проявления связаны со снижением социальных возможностей и вторичной депрессией (Sookman, Steketee, 2010)

в невыносимости дискомфорта, наличие конфликтных убеждений о роли тревоги.

Остановимся подробнее на каждой характеристике когнитивного стиля. Эти характеристики мышления одновременно присущи пациентам с личностными расстройствами, которые, как отмечалось выше, с высокой частотой коморбидны с тяжелыми тревожными расстройствами. *Склонность к примитивному магическому мышлению* выражается, с одной стороны, в партиципации – установлении алогичных связей между событиями («Если я с утра неэффективно выполнила какое-либо действие, например, слишком быстро помыла нос и уши, значит, все остальные действия в течение дня – недействительны»), с другой – в иллюзии относительно возможности контроля над различными событиями и обстоятельствами своей жизни и способности предотвращать негативные исходы («Если я хорошо промою нос и уши, дела пойдут хорошо»). Такая иллюзия контроля делает магическое мышление чрезвычайно выгодным и создает у больных убеждение о том, что они «могут управлять ходом всемирной истории». Чтение мыслей (убежденность в том, что можно точно знать, о чем думают другие люди) является одним из когнитивных искажений, описанных А. Беком. В описываемой группе пациентов оно встречается особенно часто и также является очень устойчивым в силу уже упомянутой иллюзии контроля, в данном случае, над отношением и возможными замыслами других людей.

Другой важной характеристикой познавательных процессов данной группы пациентов служит *низкий уровень константности в восприятии себя и окружающего мира*. Перманентное состояние бдительности в отношении психического функционирования и соответствующие проверки приводят к колебаниям в восприятии себя и окружающей среды, вплоть до

деавтоматизации и фрагментации процесса восприятия: нарушениям чувства глубины, освещения, текстуры объектов, окраски, повышенной чувствительности к любым изменениям в организме и внешней среды с их катастрофической трактовкой как признаков повреждения мозга, грозного психического заболевания, утраты контроля и т. п. На этом фоне состояния деперсонализации и дереализации становятся постоянными спутниками ряда пациентов. Особенно характерны такого рода проблемы для пациентов с тяжелыми формами обсессивно-компульсивного и панического расстройств. Так, больной с паническим расстройством после беседы с врачом, который заверил его, что он не сходит с ума, у него нет галлюцинаций, в частности, он не видит вокруг горящие дома (как это бывает при психозе), начинает внимательно присматриваться, не начинает ли он видеть зарево пожара над крышами домов. Постоянное всматривание в окружающие объекты, находящиеся на разной дистанции, видеть к переутомлению глазных мышц, трудностям фокусировки и симптомам дереализации в виде утраты чувства глубины, ощущения цвета объектов и других, необъяснимых, для больного изменений в восприятии. Постепенно мысль о возможной галлюцинации становится obsессией, а проверки реалистичности образов превращаются в компульсивные действия. К паническому расстройству присоединяются симптомы обсессивно-компульсивного.

Еще одной характеристикой когнитивного стиля пациентов с тяжелыми формами тревожных расстройств является *убеждение в невыносимости дискомфорта*. Оно становится труднопреодолимым препятствием в осуществлению целого ряда фундаментальных для КБТ техник, например, конфронтации с пугающим стимулом, функциональных тренировок плохо сформированных навыков. Так, пациентка с паническим расстройством и агорафобией, которая привыкла передвигаться по городу только в сопровождении матери, воспринимает задание самостоятельно выйти из дома как чрезвычайно мучительное не в силу чувства опасности выхода за пределы подъезда, а в силу необходимости выносить повышенный уровень тревоги в этой ситуации.

Наконец, важным препятствием терапии выступают конфликтные, противоречащие друг другу *убеждения пациентов относительно роли тревоги в их жизни*. С одной стороны, они убеждены во вредности этого переживания («От тревоги сойду с ума», «Мои сердце и сосуды не выдержат постоянной тревоги»). С другой стороны, они убеждены в том, что склонность к беспокойству служит гарантией их неусыпной бдительности, а значит, и безопасности («Тревога мобилизует меня и позволяет эффективно отслеживать сигналы «опасно», «Тревога позволяет предотвратить катастрофу», «Тревога позволяет лучше подготовиться к возможным опасностям и трудностям»).

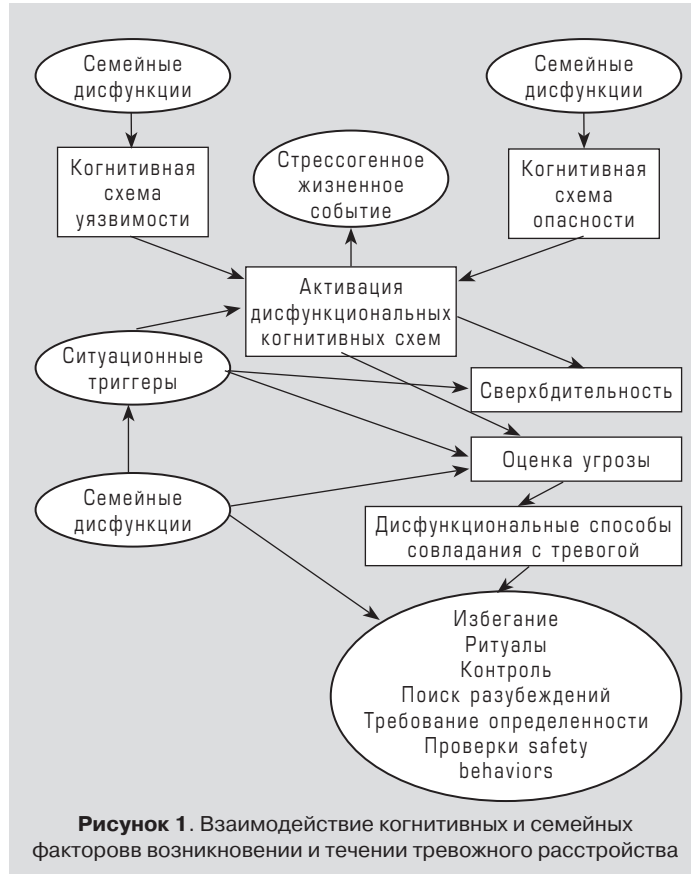
По нашим наблюдениям наряду, с особым когнитивным стилем пациентов с тяжелыми тревожными расстройствами, для них типичен особый семейный контекст. Он характеризуется высоким уровнем повседневного стресса и стилем коммуникаций, поддерживающим дисфункциональные когнитивные схемы. Взаимодействие семейных и когнитивных факторов схематически представлено ниже.

Как видно на рис. 1, семейные дисфункции способствуют раннему формированию когнитивной схемы собственной уязвимости и схемы опасности окружающего мира (социального и физического). Стрессогенные жизненные события (такие как болезнь, смерть близких, вступление в новую стадию жизненного цикла, связанное с новыми нагрузками и обязанностями, и т. п.) активируют указанные схемы, которые, в свою очередь, направляют процессы селективного внимания на сигналы опасности. В результате развивается состояние сверхбдительности, сопровождающееся преувеличенной оценкой угрозы и недооценкой собственных ресурсов в совладании с ней. Состояние повышенного внимания к сигналам опасности поддерживается текущими событиями, среди которых важное место занимают семейные коммуникации в виде конфликтов вплоть до драк, обвинений, разговоров об опасностях, несправедливостях и угрозах внешнего мира, необходимости скрывать от окружающих все признаки неблагополучия. В исследованиях нашего коллектива были получены данные о повышенной частоте стрессогенных событий семейной истории и высоком уровне коммуникативных дисфункций в семьях пациентов с тревожными расстройствами (Воликова С.В., 2006; Холмогорова А.Б., 2006; 2011). В нижней части рис. 1 представлены дисфункциональные способы совладания с тревогой в виде избегания, ритуалов, перепроверок, поиска разубеждений, успокоения и определенности от окружающих и другие индивидуализированные формы safetybehaviours (охраняющего поведения). Все эти стратегии способствуют ситуативному снижению тревоги, а в долгосрочной перспективе приводят к ее усилению и хронификации. Родственники пациентов могут вносить свой значительный вклад в поддержание этих неадаптивных стратегий – совместно с больным выполнять ритуалы, охотно предоставлять разубеждения и успокоения, сопровождать во всех поездках, потворствовать избегающему поведению. На наш взгляд, описанные выше ограничения КБТ тяжелых тревожных расстройств, представленные выше в табл. 1, связаны с действенностью негативных семейных факторов, поддерживающих хронический стресс, дисфункциональные убеждения и копинг-стратегии больного вопреки усилиям врача-психиатра и психолога-психотерапевта. Имея углубленную подготовку в области системной семейной психотерапии, мы пришли к выводу о необходимости привлечения семьи к процессу работы с целью трансформации стрессогенного и деструктивного социального окружения в поддерживающее и конструктивное. Впечатляющий успех в таком комплексном сопровождении нескольких случаев тяжелого тревожного расстройства с утратой трудоспособности побудил нас к его систематическому использованию в течение ряда лет. В настоящей статье представлены основные идеи этого подхода.

Мы попробовали представить логику комплексной терапии в виде этапов, которые выделяются условно и в каждом конкретном случае могут не следовать строго друг за другом.

В табл. 2 представлены основные задачи начального психообразовательного этапа комплексного лечения тяжелых тревожных расстройств.

Важной задачей становится информирование пациента и членов его семьи о диагнозе тревожного расстройства, сделав акцент на возможностях его ле-



чения научно-обоснованными методами (как фармакологическими, так и психотерапевтическими) и условиях эффективности их применения. При этом важно подчеркнуть, что многое в успехе зависит не только от специалистов, но и от пациента и его родственников. Мы сообщаем семье пациента о том, что прогресс в лечении во многом зависит от эмоциональной атмосферы в семье и скоординированности наших действий. На сеансе семейной психотерапии с присутствием всех вовлеченных в проблему членов семьи обсуждаются способы совладания с тревогой, к которым прибегает пациент, и выяснить степень участия каждого члена семьи в деструктивном поведении. Нередко родственники уверены в том, что если они пойдут навстречу просьбам пациента и, например, будут вместе

Таблица 2. Интеграция когнитивного и системного подходов в терапии тревожных расстройств – этап 1

Задачи индивидуальной работы в формате КБТ	Задачи в работе с семьей в системном формате
Психообразовательные задачи	
• Информирование о диагнозе • Обучение когнитивной модели • Обсуждение дисфункциональных способов совладания с тревогой: ✓ Избегания ✓ Поиска разубеждений ✓ Требования определенности ✓ Контроля ✓ Проверок ✓ ритуалов	• Информирование о диагнозе • Информирование о необходимости участия семьи в лечебном процессе • Информирование о дисфункциональных способах совладания с тревогой пациента и получение согласия семьи на: ✓ Посещение сеансов психотерапии ✓ Участие в тренировках пациента ✓ Отказ от предоставления разубеждений опасениях ✓ Отказ от участия в ритуалах

с ним подсчитывать количество ритуальных действий, освободят от домашних обязанностей, будут сопровождать в поездках, мыть мочалкой с мылом овощи и фрукты, успокаивать, разубеждая и опровергая его опасения, то это поможет пациенту успокоиться, а им избежать конфликтов и сэкономить время. Однако на практике это приводит ко все большему подкреплению беспомощности пациента, его иррациональных тревожных представлений и дисфункциональных

стратегий совладания вплоть до отказа от любой конструктивной активности и постепенной инвалидизации. В начале работы важно выработать понимание родственниками деструктивности этих действий и заручиться их согласием на отказ от них и при необходимости участие в терапевтически полезных формах поведения: функциональных тренировках, поддержке веры пациента в свою способность самостоятельно справиться с тревогой и трудностями.

В таблице 3 представлены второго этапа, посвященного модификации когнитивной схемы опасности.

В формате индивидуальной терапии усилия пациента и терапевта сфокусированы на традиционных мишенях КБТ – негативных автоматических мыслях и дисфункциональных когнитивных схемах опасности мира. Принципы и техники этой работы детально представлены в литературе (Бек А. с соавт., 2003; Бек Дж., 2001). Выше мы описали специфические особенности когнитивного стиля больных с тяжелыми тревожными расстройствами: склонность к магическому мышлению, низкую константность восприятия, убеждение в невыносимости дискомфорта, наличие конфликтующих убеждений о роли тревоги. Специфика работы когнитивного психотерапевта с ними требует отдельного рассмотрения и должна составить предмет самостоятельной публикации. Работа с семьей основана на принципах системного семейного подхода и ориентирована на модификацию стиля коммуникаций, который поддерживает схемы опасности, а значит, связанные с ними негативные паттерны мышления. Задачи этой работы представлены в табл. 3.

В следующей таблице представлены задачи как индивидуальной, так и семейной психотерапии, направленные на модификацию когнитивной схемы уязвимости, т. е. представлений о собственной слабости, беспомощности, подверженности тяжелым заболеваниям, эмоциональной и физической невыносимости, неспособности справиться с требованиями жизни.

На третьем этапе работа сфокусирована на типичных для этого контингента негативных мыслях и когнитивных схемах и направлена на развитие навыков эмоциональной саморегуляции и самостоятельности в разных сферах жизни. В параллельной работе с семьей пациента подлежат изменению структурные и коммуникативные паттерны, подрывающие развитие его эмоциональной саморегуляции и автономности: сверхвключенность и гиперопека при высоком уровне критики и дефиците похвалы. В ходе совместного обсуждения терапевт и члены семьи составляют пошаговую программу действий, нацеленных на приобретение пациентом навыков самообслуживания, совладания с отрицательными эмоциями, профессиональной квалификации. Большое значение имеет снижение уровня критики в адрес пациента. С помощью сократических вопросов психотерапевт помогает членам семьи убедиться в обратном эффекте такого способа стимулировать пациента к выздоровлению и достижениям. Ближайшим родственникам пациента предлагается подкреплять каждое усилие больного на пути к самостоятельности похвалой и отказаться от деструктивной критики. Наконец, важным условием для достижения большей зрелости пациентом становится проработка такого параметра семейной идеологии, как представление о стиле «хорошего родительства», которого придержи-

Таблица 3. Интеграция когнитивного и семейного подходов в терапии тревожных расстройств – этап 2

Задачи индивидуальной работы в формате КБТ	Задачи в работе с семьей в системном формате
Модификация когнитивной схемы опасности	
• Работа с автоматическими мыслями • Работа с убеждениями относительно угрозы со стороны социального и физического мира	• Проработка семейных коммуникаций, индуцирующих чувство опасности у пациента • Запрет на вовлечение пациента в конфликты и скандалы родителей, драки на почве алкоголизации • Запрет на разговоры с преувеличением опасности жизни • Запрет на ведение разговоров в русле магического мышления

Таблица 4. Интеграция когнитивного и семейного подходов в терапии тревожных расстройств – этап 3

Задачи индивидуальной работы в формате КБТ	Задачи в работе с семьей в системном формате
Модификация когнитивной схемы опасности	
• Развитие навыков саморегуляции и самостоятельности: ✓ Работа с автоматическими мыслями ✓ Работа с убеждениями относительно собственной физической и психической уязвимости, беспомощности, интеллектуальной и профессиональной несостоятельности, социальной непривлекательности • Проработка условной выгоды заболевания	• Изменение семейной структуры: ✓ Преодоление сверхвключенности и гиперопеки ✓ Поощрение самостоятельности и автономности пациента – содействие трудоустройству, приобретению навыков самообслуживания, саморегуляции • Изменение семейных коммуникаций: ✓ Снижение уровня критики ✓ Поощрение похвалой • Изменение семейной идеологии (представлений о стиле «хорошего родительства»)

Таблица 5. Интеграция когнитивного и семейного подходов в терапии тревожных расстройств – этап 4

Задачи индивидуальной работы в формате КБТ	Задачи в работе с семьей в системном формате
Преодоление дисфункциональных способов совладания с тревогой	
• Преодоление избегания (конфронтация с пугающим стимулом, градуированное погружение) • Отказ от ритуалов (предупреждение реакции) • Отказ от поиска разубеждения (развитие конструктивного внутреннего диалога) • Отказ от требования успокоения и определенности	• Предписание поощрять активность и решимость пациента к участию в функциональных тренировках • Предписание не участвовать в ритуалах • Предписание отказа в скоропомощном предоставлении успокоения и разубеждений

живаются многие родственники. Согласно этим представлениям, хорошие родители никогда не откажут больному ребенку в деньгах, не ограничат его потребности, не дадут ему понять, что его длительная безработица становится тяжелым бременем для семьи. Эти ложногуманистические установки поощряют избегающее поведение у потомка, делают заболевание условно выгодным и выступают фактором хронификации тревожного расстройства.

Задачи четвертого этапа комплексной психотерапии тяжелых тревожных расстройств ориентированы на преодоление дисфункциональных способов совладания с тревогой. Они подробно представлены в табл. 5.

Индивидуальная работа с пациентом на этом этапе ориентирована на преодоление избегающего поведения, отказ от ритуалов, поиска разубеждения и успокоения со стороны родственников, отторгивания других форм охранительного поведения. Эти задачи реализуются с помощью традиционных техник КБТ – конфронтации с пугающим стимулом, градуированного погружения, предупреждения реакции. В виду особой стойкости данных поведенческих паттернов в изучаемой группе осуществление функциональных тренировок и отказ от ритуалов сопряжены с сильным дискомфортом и требуют от пациента значительных усилий. Включение в работу элементов мотивационного интервью позволяет укрепить решимость пациента отказываться от этой практики. Двигаясь параллельно с пациентом, члены его семьи следуют ряду терапевтических предписаний – поощрять участие больного

в самостоятельных функциональных тренировках, не участвовать в выполнении ритуальных действий, не предоставлять разубеждений и успокоений. Важным моментом в работе становится обсуждение со всеми членами семьи смысла таких терапевтических предписаний, как содействующие развитию навыков саморегуляции у больного, что является необходимым условием ослабления симптоматики и постепенного выздоровления. Не менее важно получить согласие пациента на внедрение этих новых форм взаимодействия в повседневную семейную жизнь. В тех случаях, когда пациенту не удастся выполнить предписания, связанные с предупреждением реакции (не выполнять ритуалов, не искать разубеждений в связи с различными опасениями у родственников) и он все же возвращается к болезненным способам самоуспокоения, членам семьи предлагается поддерживать еще слабую веру пациента в собственные силы и отвечать на его запросы фразой типа «Я верю в твою способность справиться с этим самому!».

Данный комплексный подход не проверен на эффективность рандомизированными и контролируемые исследованиями. Однако многолетние исследования в дизайне *naturalistic study* показывают, что спланированная стратегия одновременного индивидуального и семейного консультирования, расчет на длительную (а не краткосрочную) форму работы и высокая квалификация специалистов создают условия для эффективной помощи и этих тяжелых и хронифицированных тревожных расстройств.

Список литературы

1. Воликова С.В. Системно-психологические характеристики родительских семей пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами: Дисс. на соиск. учен. степ. канд. психол. наук. – М., 2006.
2. Воликова С.В., Холмогорова А.Б. Семейные источники негативной когнитивной схемы при эмоциональных расстройствах // Моск. психотерапевт. ж-л., 2001. – № 4.
3. Гаранян Н.Г. Перфекционизм и враждебность как личностные факторы депрессивных и тревожных расстройств: Дисс. на соиск. учен. степ. канд. психол. наук. – М., 2010.
4. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. Перфекционизм, депрессия и тревога // Моск. психотерапевт. ж-л., 2001. – № 4.
5. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. Враждебность как личностный фактор депрессии и тревоги // Психология: современные направления междисциплинарных исследований. – М., 2003.
6. Холмогорова А.Б. Теоретические и эмпирические основания интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра: Дисс. на соиск. учен. степ. канд. психол. наук. – М., 2006.
7. Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. – М. – 2011.
8. Холмогорова А.Б., Пуговкина О.Д., Гаранян Н.Г. и др. Факторы эффективности интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра // Консульт. психол. и психотер., 2010, № 2. – С. 7–109.
9. Comer J., Olsson M. The epidemiology of anxiety disorders // H.Simpson, Y.Neria, R. Levis-Fernandez, F.Schneier (Eds.) // Anxiety disorders. – Cambridge, 2010.
10. Greenberg P.F., Sistrisky T., Kessler R.S. The economic burden of anxiety disorders in the 1990s // J. Clin. Psychiatry, 1999. – 60(7). – P.427–435.
11. Kessler R.S., Berglund B., Demler O. et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication // Archives of General Psychiatry, 2005. – 62, P. 593–602.
12. Kessler R.S., Chui W.N., Demler J. et al. Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Archives of General Psychiatry, 2005. – 62, P. 617–127.
13. Wang P.S., Berglund P., Olsson M. et al. Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication // Archives of General Psychiatry, 2005. – 62, P. 603–613.
14. Wang P.S., Berglund P., Olsson M. et al. Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication // Archives of General Psychiatry, 2005. – 62, P. 603–613.
15. Federoff I.C., Naylor S. Psychological and pharmacological treatments for social anxiety disorder – a meta-analysis // Journal of Clinical Psychopharmacology, 2001. – 21, P. 311–324.
16. Western D., Morrison K. 2001, A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic and generalized anxiety disorder an empirical examination of the status of empirically supported therapies. Journal of Consulting and Clinical Psychiatry, 69, P.875–899.
17. Western D., Morrison K. A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic and generalized anxiety disorder an empirical examination of the status of empirically supported therapies // Journal of Consulting and Clinical Psychiatry, 2001. – 69, P. 875–899.
18. Bruce T., Sanderson W. Understanding and managing treatment-resistant panic disorder: perspectives from clinical experience of several expert therapists. In: Treatment Resistant Anxiety Disorders (eds. Sookman D., Leahy R.), 2010.
19. Koran L.M., Hanna G.L., Hollander E. et al. Practice guidelines for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder // American J. of Psychiatry, 2007. – 164 (7 Suppl.), P. 5–53.

Integration of cognitive behavioral and family system psychotherapies in the treatment of severe forms of anxiety disorders

Garanian N.G., Kholmogorova A.B.

Moscow Research Institute of Psychiatry (Russia)

Moscow State University for education and psychology (Russia)

SUMMARY: Ideas of integrative psychotherapy for treatment resistant anxiety disorders are presented in article. Psychosocial factors (institutional, personal, cognitive and familial) of anxiety disorder's detrimental course are figured out. Authors provide a theoretical rationale for possible integration of cognitive behavioral and family system therapies in the long term treatment for mentioned disorders. Steps of this integrative treatment are presented in visually compelling form. Individual work with patient aimed at modification of dysfunctional cognitive schemas and strategies of coping with anxiety is accompanied by simultaneous use of different established interventions of family system therapy.

KEY WORDS: severe forms of anxiety disorders, psychosocial factors, integration, cognitive psychotherapy, system family therapy