

Когнитивно-бихевиоральные модели и методы лечения генерализованного тревожного расстройства

Холмогорова А.Б.

ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии Минздрава РФ»

РЕЗЮМЕ. В статье приведена история выделения генерализованного тревожного расстройства (ГТР) как отдельного вида расстройств, рассмотрены феноменологические и количественные критерии ГТР и их динамика в современных классификациях, дана характеристика феномена хронического беспокойства как центрального симптома ГТР и сформулированы критерии его отличия от других интрузивных мыслей. Описаны наиболее известные когнитивно-бихевиоральные модели ГТР (Т. Борковика, Э. Велса, М. Дагаса), представлено описание протокола когнитивно-бихевиоральной терапии ГТР с доказанной эффективностью, дана краткая характеристика каждому из шести модулей этого протокола.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: генерализованное тревожное расстройство, феномен беспокойства, интрузивные мысли, когнитивно-бихевиоральные модели, когнитивно-бихевиоральная терапия.

КОНТАКТ: e-mail: psylib2006@yandex.ru

Актуальность и краткая история изучения ГТР

Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) долго не могло обрести своего места в классификации. Его прообраз впервые можно встретить в описаниях З. Фрейда. В 1894 г. Фрейд дал свое первое описание тревожного невроза (Angstnevrose). Он выделил три критерия, позволяющих отделить тревожный невроз от неврастении: 1) внезапный наплыв или «атака» тревоги (сейчас принято говорить о панической атаке); 2) ожидание или предвосхищение наплыва тревоги; 3) вторичное фобическое избегание.

Уже в то время он отметил возможность одновременного присутствия разных болезненных состояний или, выражаясь современным языком, коморбидность различных тревожных синдромов между собой и другими неврозами. Но если тревожный невроз, который в современных классификациях получил название панического расстройства, был описан им ярко и в деталях, то симптоматику хронической тревоги он лишь обозначил, дав этому состоянию название общей раздражимости (allgemeine Reizbarkeit) или тревожного ожидания (ängstliche Erwartung). Тем не менее, будучи блестящим феноменологом, Фрейд достаточно точно отразил в этом названии главную черту генерализованной тревоги – постоянные тревожные предчувствия, носящие генерализованный характер, т. е. касающиеся самых разных жизненных ситуаций.

Многие пациенты, описанные З. Фрейдом, отличались особой чувствительностью к определенным внешним факторам и страдали от разных форм повышенной тревоги, как острой, так и хронической. Он подчеркнул внезапность наступления атак страха при тревожном неврозе, а группа пациентов с хронической тревогой или беспокойством была выделена им по «остаточному принципу», так как не демонстрировала столь ярких симптомов. Обе группы были описаны внутри категории тревожного невроза, при котором, в отличие от простых фобий, отмечается плохо определенная или так называемая плавающая тревога. Такие больные часто акцентировали физиологические ощущения: затруднения дыхания, сердечной

деятельности, воспринимаемые как физическая угроза, а не как следствие тревоги. «Неудивительно, что описание симптомов для классификации тревожных расстройств восходит к работам Фрейда – невролога, а не классических психиатров, работавших над классификацией психических расстройств в это время. Исторически больные с тревожными расстройствами чаще появлялись в амбулаторной практике, каковой и была частная практика Фрейда, а не в психиатрических клиниках, где лечились более тяжелые больные, описанные Крепелиным и другими» [19].

И в наше время больные тревожными расстройствами часто обращаются в общесоматическую сеть и представляют большую сложность при постановке диагноза для врачей общей практики. При этом степень тяжести этих расстройств и негативных последствий для жизни пациентов не вполне осознавалась специалистами до самого последнего времени. Наибольшие трудности диагностики тревожных расстройств связаны именно с ГТР. Между тем получены данные, свидетельствующие о том, что по сравнению с другими тревожными расстройствами больные ГТР являются наиболее активными пользователями услуг специалистов первичной медицинской сети (особенно это касается услуг кардиологов и гастроэнтерологов). По данным разных исследований около 70 % этих пациентов обращались к этим специалистам [31], причем гораздо чаще посещали их, чем больные депрессией [32]. При этом лишь 14 % были проконсультированы специалистами в области психического здоровья [20] и менее 10 % получили адекватную психологическую или психофармакологическую помощь [32].

ГТР, подобно социальной фобии, долго представляло собой мало изученную и явно недооцениваемую категорию в плане его распространенности и влияния на жизнь людей. Важные причины этого – высокая коморбидность ГТР с другими расстройствами аффективного спектра, в частности, с паническими атаками и депрессией, что нередко приводит к «зашумлению» генерализованной тревоги как источника депрессивного состояния и диагностики ее наличия лишь в случае отсутствия других коморбидных расстройств.

Немало противоречий связано и с поиском наиболее адекватных критериев выделения, начиная с введения этого расстройства в американскую классифи-

кацию DSM-III в 1980 г. и вплоть до нашего времени. Менялись феноменологические критерии, отражающие характер беспокойства: от первоначального акцента на постоянстве и нереалистичности опасений к акценту на их чрезмерности и преувеличенности, а также трудности их контроля. В феноменологическом отношении наиболее важным изменением представляется признание того, что содержание беспокойства при ГТР может быть достаточно реалистичным и мало отличаться от такового у здоровых людей, зато имеют место большие трудности контроля и преувеличенность опасений.

Менялись также количественные критерии, отражающие длительность состояния беспокойства: от одного месяца (DSM-III) до шести (DSM-III-R; DSM-IV), а в проекте планируется опять снизить длительность до трех месяцев (DSM-V). Появились данные исследований о том, сколько времени в течение суток больной проводит в состоянии беспокойства. Оказалось, что в среднем шесть часов, т. е. почти целый рабочий день люди с ГТР переживают беспокойство, что в несколько раз дольше по сравнению с подобными состояниями здоровых, но склонных к беспокойству людей.

Таким образом, можно говорить об определенном прогрессе в изучении феноменологии этого расстройства и акцентировании таких критериев, как хронический характер течения, преувеличенность и меньшая контролируемость беспокойства по сравнению с нормой. Несмотря на упомянутый прогресс диагностика ГТР и на сегодняшний день остается наиболее дискуссионной среди диагностик всех тревожных расстройств [11].

Хотя российские исследователи посвятили уже немало работ этому расстройству [1, 2, 4], до сих пор среди отечественных специалистов (впрочем, как и среди западных) достаточно распространено мнение о том, что ГТР является относительно легким расстройством. Однако современные данные опровергают такой взгляд. Пациенты, страдающие этим расстройством, значительно чаще по сравнению со здоровыми людьми остаются одинокими или разводятся, чаще получают пособие по нетрудоспособности и имеют меньший доход в течение года [8]. Важный результат в аспекте высокой значимости ГТР для качества жизни и трудоспособности получен в эпидемиологическом исследовании, выполненном при поддержке фонда Макаруров (так называемый MIDUS survey), включавшем как соматические, так и психические заболевания [21]. Список из пяти расстройств, связанных с наибольшим количеством дней нетрудоспособности в течение последнего месяца, возглавило ГТР – 6 дней (стероидные расстройства – 5,8 дней; туберкулез – 5,4 дня; варикоз – 5,4 дня, паническое расстройство – 5,3 дня). Оба тревожных расстройства, вошедших в эту пятерку, генерализованное и паническое, вошли и в большую шестерку расстройств с наиболее сильным негативным эффектом по нетрудоспособности. Оценка общих экономических потерь в виде утраты активности под непосредственным влиянием всех тревожных расстройств составляет более 4 млрд долл. США в год. На особое место ГТР претендует еще по одной важной причине – по оценкам исследователей оно является самым резистентным к лечению из всех тревожных расстройств.

Феноменология и когнитивно-бихевиоральные модели ГТР

Сильно выраженное, длительное и слабо поддающееся контролю беспокойство по поводу самых разных ситуаций – вот типичное описание феноменологии ГТР, в котором центральным является слово «беспокойство» (worry), ставшее визитной карточкой этого вида тревожного расстройства. Не тревога или страх, а именно беспокойство как наиболее точный русский аналог английского worry. Если точно передавать клинический и психологический смысл понятия, то можно говорить о хроническом неконтролируемом беспокойстве. В немецком языке это также не страх (Angst), а озабоченность (Sorgen), носящая постоянный и неконтролируемый характер (ständige unkontrollierbare Sorgen). Важно подчеркнуть, что речь идет не о двух-трех, а именно о многочисленных ситуациях, так что пациентам нередко бывает непросто перечислить все свои страхи, на это приходится отводить специальное время по ходу сеанса. Так, пациент М., страдающий генерализованным тревожным расстройством, совместно с психотерапевтом составляет следующий внушительный список:

1. Страх негативной оценки меня со стороны людей.
2. Страх негативной оценки результатов моей работы.
3. Страх начальника, все время боюсь показаться глупым, общаюсь с большим напряжением.
4. Страх проверок.
5. Боязнь чтения и боязнь написания. Все время идет оценка – сколько прочитал, достаточно ли страниц, была ли хорошая скорость.
6. Страх своей необразованности – плохое знание музыки, живописи, подумают, что я ничего не знаю.
7. Страх публичных выступлений.
8. Страх собак – очень мучительный страх, перехожу на другую сторону, в постоянном напряжении, жду встреч с собаками.
9. Страх несчастного случая. Например, смерти моего ребенка.
10. Страх, связанный с возможной смертью моих родителей.
11. Страх потери жены.
12. Страх вождения машины и даже езды на машине. Боюсь неправильного поведения за рулем, столкновения, что собою пешехода.
13. Страх потери лица – выглядеть глупо, иметь какие-то неполадки в одежде.
14. Страх высоты – стоять где-то на краю.
15. Страх потери контроля над собой. На краю платформы всегда есть страх – или меня толкнут, или я сам упаду.
16. Страх воды, плавания. Представляю эту морскую бездну, и что она меня поглощает.
17. Страх за будущее своего ребенка, что он недостаточно образован, что я ему что-то недодал.

Но список может далеко не исчерпываться этими пунктами, которые пациент называет один за другим практически на одном дыхании. Важным диагностическим вопросом может быть вопрос о том, часто ли пациент или пациентка беспокоится по поводу мелких вещей и событий – что купить, что приготовить,

как сварится суп, как провести выходные, какой подарок купить и т. п. Если ответ на этот вопрос утвердительный, то высока вероятность диагноза ГТР, если нет – то этот диагноз можно исключить. Беспокойство такого рода свойственны многим людям, но все же они не занимают так много времени и не так мучительны у людей, не страдающих ГТР. Как мы уже упоминали, переживания беспокойства по разным поводам у пациентов с ГТР могут занимать до шести часов в день. Значительная часть этого времени связана с *беспокойством по поводу будущих сложностей и неприятностей, т. е. с событиями, которые не наступили и могут вовсе не произойти*. Например, пациентка с ГТР рассказывает о своих опасениях во время беременности: «Мой сын еще не успел родиться, а я уже боялась, что не смогу дать ему высшее образование». Этот феномен можно обозначить как «жизнь в негативном будущем» с постоянным вопрошанием неизвестно кого: «А что, если?» [14, 16]. Такая особенность мышления создает еще одну серьезную проблему – невозможность находиться в настоящем и получать удовольствие даже от очень приятных вещей. Например, вечер с любимым человеком может быть оравлен беспокойством по поводу того, что в будущем он может разлюбить, вечеринка с другом – мыслями о несделанных делах дома, приятный выходной день и поездка за город – мыслями о предстоящей рабочей неделе и возможных трудностях и т. п. Это приводит к истощению и усталости, а нередко к присоединению депрессивного состояния.

Профессор Пенсильванского университета Том Борковик – один из первых исследователей ГТР, предложивший бихевиоральную модель этого расстройства, получившую широкую известность и признание [9]. Ему принадлежит *концептуализация функции беспокойства как формы избегания неприятных образов и чувств, в первую очередь острой тревоги*. Борковик рассматривал беспокойство как преимущественно вербальную психическую активность, мало связанную с образами неприятных событий, что, по его мнению, в меньшей степени ведет к соматическим реакциям и острой тревоге и тем самым служит негативным подкреплением беспокойства. То есть согласно модели Т. Борковика беспокойство ситуативно помогает избежать острой тревоги и закрепляется в качестве поведенческой стратегии хронического беспокойства на основе механизма отрицательного подкрепления. Позднее его исследовательский коллектив начал разрабатывать более сложную и комплексную когнитивно-бихевиоральную модель, в которую входят разные компоненты, такие как дезрегуляция эмоций в форме плохого понимания и трудностей высказывания своих чувств и потребностей и связанные с этим трудности в интерперсональных отношениях [10]. Соответственно, предложенная им и его коллегами модель психотерапии предполагает развитие различных поведенческих навыков (регуляции эмоций, коммуникативных навыков, а также навыков релаксации) и перестройку когнитивных схем, содержащих неадаптивные убеждения относительно эмоций, в первую очередь тревоги и беспокойства.

Близкими по механизмам являются модели тревожных расстройств как *страха по поводу страха – fear of fear* [13] и *сезитивности к тревоге – anxiety sensitivity* [25]. Указанные механизмы заставляют

пациентов с тревожными расстройствами вырабатывать защитные стратегии. В случае ГТР такая защитная стратегия выражается в усиленном избегании состояний острой тревоги с помощью стратегии хронического беспокойства. Наконец, согласно модели эмоциональной дезрегуляции [23] в основе страха перед эмоциями в случае ГТР лежит *общий дефицит способности к регуляции своих эмоциональных состояний, начиная с понимания и идентификации собственных эмоций и кончая навыками управления ими*. Все перечисленные модели не исключают, а скорее дополняют друг друга и получили определенное эмпирическое подтверждение в исследованиях.

Позднее группой канадских исследователей под руководством Михаэля Дагаса была выдвинута гипотеза, согласно которой в основе генерализованной тревоги может лежать такая психологическая особенность, как *очень низкая толерантность к неопределенности (intolerance of uncertainty)* [14–16]. Конечно, эта особенность свойственна и другим тревожным расстройствам, однако уже в первом эмпирическом исследовании выяснилось, что больные ГТР отличаются более низкой толерантностью к неопределенности, чем группа пациентов с другими тревожными расстройствами, включавшая обсессивно-компульсивное и паническое расстройства, социальную фобию и посттравматическое стрессовое расстройство [22]. Разумеется, оказалось также, что в группе перечисленных тревожных расстройств толерантность к неопределенности ниже, чем в выборке психически здоровых. Позднее была поставлена задача сравнения уровня толерантности к неопределенности при ГТР и других тревожных расстройствах в отдельности. Например, было показано, что при паническом расстройстве показатели толерантности к неопределенности выше, чем при ГТР, причем в обеих группах они высоко коррелировали с уровнем беспокойства, но не с выраженностью симптомов паники у больных паническим расстройством [16]. По мнению авторов исследования, это указывает на внутреннюю связь низкой толерантности к неопределенности со склонностью к беспокойству (*worry*) как специфической форме тревоги, которая может быть в разной степени выражена у больных с разными тревожными расстройствами, но всегда является высокой и определяющей специфику состояния у больных с ГТР.

Предикторы ГТР по данным разных исследований – страх перед эмоциями (особенно перед тревогой), избегание нового, страх перед неопределенностью. В последних разработках группы М. Дагаса к этим трем предикторам добавлен еще один – *наличие позитивных убеждений относительно беспокойства как стратегии обеспечения безопасности*. Этот последний критерий стал центральным в *метакогнитивной модели ГТР*, принадлежащей еще одному известному исследователю ГТР Эдриану Велсу [29]. Согласно его модели именно меткогнитивные процессы (т. е. процессы, которые надстраиваются над когнитивными и ответственны за выработку представлений об их протекании), играют важную роль в том, какие именно когнитивные паттерны закрепляются. Оказалось, что для больных ГТР характерно убеждение в необходимости и пользе беспокойства как когнитивного паттерна. Именно это открытие позволило объяснить тот известный факт, что пациенты с ГТР часто прерывают терапию и являются более резистентными к лечению

по сравнению с пациентами, страдающими от других тревожных расстройств. Ведь лечение направлено на снижение беспокойства, что неизбежно вызывает сопротивление у пациентов, так как беспокойство является их стратегией безопасности. Э. Велс в своей метакогнитивной модели подчеркивает, что у больных ГТР имеет место конфликт убеждений: с одной стороны, беспокойство представляется им полезным и необходимым для обеспечения безопасности, с другой – они уверены, что беспокойство подтачивает их физическое и психическое здоровье, не дает жить так, как живут другие люди и т. п. Этот конфликт убеждений делает работу с данной категорией больных особенно затруднительной для специалистов, так как далеко не все из них способны его обнаружить, и тем более помочь преодолеть.

Необходимо отметить, что все упомянутые здесь модели ГТР так или иначе восходят к идеям А. Бека и Д. Кларка относительно природы тревожных расстройств в целом [6]. Эти классики когнитивных исследований психических расстройств предположили, что в результате определенных негативных событий жизни у людей, подверженных тревожным расстройствам, возникают убеждения об опасностях и угрозах, исходящих от жизни, с одной стороны, и своей способности справиться с этими опасностями – с другой. В ответ на это люди развивают разные стратегии совладания с такой картиной мира, порождающей сильную тревогу. В случае ГТР это стратегия беспокойства, направленная на предвосхищение возможных неприятностей и опасностей. Психологические модели не отрицают важную роль биологических факторов. Биопсихосоциальная природа тревожных расстройств, включая ГТР, признается большинством представителей когнитивно-бихевиорального подхода. В качестве биологических факторов рассматриваются особенности нервной системы, представляющие собой уязвимость к заболеванию; имеются также концепции, подчеркивающие роль конституции в экзакцербации заболевания [5].

Одновременно с ростом интереса к ГТР и признанием его в качестве весьма распространенного, трудного для терапии и тяжелого по своим последствиям расстройства предметом специальных исследований стала специфика беспокойства как одного из видов интрузивных мыслей. Прежде всего отметим, что были проведены исследования, направленные на выявление различий между нормальным

и патологическим беспокойством [26], эмпирически доказавшие, что здоровые и больные беспокоятся по поводу сходных вещей, однако количество таких вещей у больных гораздо больше, кроме того, у них сильнее выражено ощущение неконтролируемости этого беспокойства.

В связи со всем вышесказанным о важности феномена беспокойства для ГТР представляется необходимым по возможности дифференцировать феномен беспокойства от целого ряда других, близких к нему по ряду параметров, также относящихся к классу интрузивных (вторгающихся) мыслей.

Например, обсуждаются различия между беспокойством и руминациями, особенно характерными для депрессивных пациентов, которые вновь и вновь фокусируются на своих негативных чувствах и симптомах, что, согласно модели депрессии А. Бека, является важным механизмом развития депрессии. Исследователи подчеркивают, что беспокойство и руминации различаются как по критерию временной ориентации, так и по содержанию негативных мыслей: руминации ассоциируются с депрессией и прошлыми потерями и неудачами, а беспокойство направлено на вероятные будущие угрозы и опасности [27]. То, что беспокойство и руминации близкие, но различные конструкты, подтвердили данные факторного анализа [24].

Беспокойство и обсессии также различаются по ряду параметров при всей их близости как проявлений тревоги и способов совладания с ней. Сравнительный анализ показал, что беспокойство связано с повседневными жизненными обстоятельствами и чаще является эго-синтонным, а степень переживания неконтролируемости при беспокойстве несколько ниже, чем при обсессиях [28].

Когнитивно-бихевиоральная терапия генерализованного тревожного расстройства

При работе с больными ГТР успешно применяются многие классические техники КБТ. Например, ниже приводится техника колонок, направленная на улавливание триггеров беспокойства, формулировку характерных для беспокойства интрузивных мыслей в провоцирующих ситуациях и, наконец, на выработку альтернативного взгляда на эти ситуации.

Таблица. Пример работы с больной ГТР

Ситуация	Чувства	Мысли	Альтернативный взгляд
У ребенка горячий лоб	Тревога	Надо же, неужели заболел. Ой, вдруг страшная болезнь, может даже умереть. А вдруг какие-то тяжелые осложнения. Наверное, это воспаление легких или еще какая-то тяжелая болезнь	Ну, заболел, ничего страшного. Всю зиму не болел. Имеет ребенок право поболеть. Все дети болеют, без этого не обходится. Поболит – выздоровеет. Что заранее рисовать себе ужасы. Буду решать проблемы по мере их поступления
Сотрудники в моем кооперативе возобновили после ремонта помещения работу, а мне не позвонили	Тревога, негодование, страх	Начальник хочет от меня избавиться. Вдруг останусь без работы, а на одну зарплату не проживешь – полная нищета. Не смогу нормально кормить и одевать детей. Наша семья будет хуже других, будет ненормальная семья, ненормальная жизнь	Возможно, начальнику неловко было приглашать меня выйти в новое помещение, где такие плохие условия. Может быть, ему неловко за эти условия передо мной – единственной женщиной. Нужно позвонить ему самой. В конце концов, я могу найти и другую работу, у меня уже есть вариант. Нет худа без добра – это подтолкнет моего мужа

Высокий процент больных, прерывающих психотерапию, а также уже упоминавшийся факт высокой резистентности к лечению у этих больных заставили исследователей искать более специфические формы работы, основанные на специфических моделях ГТР. Эти формы должны были дополнить классические техники работы с тревожными расстройствами.

Модель канадских ученых признана наиболее полно разработанной и хорошо обоснованной [17]. На ее основе авторами модели был предложен протокол лечения, получившей широкое признание, его эффективность нашла подтверждение в ряде исследований. Модель включает четыре компонента – предиктора ГТР, которые одновременно являются важнейшими мишенями психотерапии: 1) *низкая толерантность к неопределенности*; 2) *позитивные убеждения относительно беспокойства*; 3) *отсутствие ориентации на решение проблем*; 4) *когнитивное избегание*.

Протокол лечения включает шесть модулей: 1) психообразовательный модуль, направленный на понимание сути и лучшее осознание собственного беспокойства; 2) модуль, направленный на осознание собственной низкой толерантности к неопределенности и на применение метода экспозиции с целью тренировки способности терпеть неопределенность; 3) переоценка убеждений о пользе беспокойства; 4) тренинг решения проблем; 5) модуль, направленный на преодоление когнитивного избегания и развитие способности выносить неприятные образные представления на основе метода экспозиции; 6) профилактика рецидивов заболевания.

1. *Психообразовательный модуль, направленный на понимание сути и осознание беспокойства, включает:* а) информацию о сути когнитивно-бихевиоральной терапии как эффективного метода лечения тревожных расстройств; б) информацию о природе ГТР, включающую его описание и характеристики, прежде всего склонность к хроническому преувеличенному и плохо контролируемому беспокойству; в) представление когнитивной модели ГТР и «нормализацию» его симптомов как лишь преувеличенное выражение того, что есть и в норме; г) тренинг по осознанию беспокойства, который подразумевает регулярные записи (три раза в день) информации о том, какое именно беспокойство испытывает клиент и какова тема этого беспокойства, в том числе фиксация временной направленности (относится беспокойство к сегодняшним проблемам или же к возможным будущим проблемам).

2. *Модуль, направленный на осознание собственной низкой толерантности к неопределенности и на ее преодоление, включает:* а) помощь клиенту в улавливании связи между низкой толерантностью к неопределенности и преувеличенным беспокойством; б) помощь клиенту в осознании и принятии неизбежности ситуаций неопределенности в человеческой жизни, подведение его путем сократического диалога к неизбежности выбора между избеганием и болезнью с одной стороны и развитием способности переносить неопределенность и полноценной жизнью – с другой; в) развитие способности распознавать различные ситуации манифестации состояния нетолерантности к неопределенности; г) выявление ситуаций, провоцирующих состояния беспокойства по поводу неопределенности, и погружение в них на основе метода экспозиции.

Например, очень важно проинформировать клиента о том, что повышение толерантности к неопределенности ведет к уменьшению уровня беспокойства, а само беспокойство можно определить как попытку предвосхитить все возможные будущие ситуации, несущие угрозу, т. е. снизить неопределенность за счет обдумывания всех возможных вариантов негативного развития событий. Это заставляет человека непродуктивно тратить огромное количество времени и сил на подобные просчеты и прогнозы вместо того, чтобы решать реальные проблемы. Очень важно, чтобы пациент глубоко осознал непродуктивность и негативные последствия низкой толерантности к неопределенности для своей жизни. Для этого в когнитивно-бихевиоральной терапии ГТР разработаны специальные приемы и упражнения.

3. *Модуль, направленный на переоценку ценности беспокойства, предполагает:* а) выявление всех аргументов в пользу беспокойства; б) выявление контраргументов и анализ негативных последствий беспокойства для жизни клиента; в) формулировку новых убеждений относительно беспокойства как неэффективной стратегии совладания с опасностью.

При работе на этом этапе очень важно зафиксировать, что беспокойство может быть полезным и реально помогать предвидеть опасность. Однако у здоровых людей беспокойство имеет другой, более конструктивный характер. У больных возможная польза беспокойства полностью перекрывается его негативными последствиями, которые значительно превышают возможные выгоды от беспокойства.

4. *Модуль, направленный на решение проблем, основан на тренинге решения проблем [18] и предусматривает следующие шаги:* а) подготовку к неизбежности неопределенности в процессе решения проблем; б) определение существующих проблем и формулировка целей по их преодолению; в) выработку различных возможных путей достижения этих целей; г) выбор наиболее подходящего пути; д) применение выработанных средств и оценку результата. Здесь работает простой принцип: решать реальные проблемы лучше, чем бесконечно беспокоиться обо всех вероятных.

5. *Модуль, направленный на преодоление когнитивного избегания и выработку способности переносить неприятные чувства и образы, предполагает:* а) обсуждение образов пугающих ситуаций; б) описание чувств и субъективную оценку уровня тревоги; в) тренировку устойчивости к этим образам и чувствам на основе метода экспозиции.

6. *Модуль, направленный на профилактику рецидивов, предусматривает:* а) закрепление всех полученных знаний и навыков; б) обсуждение с пациентом возможных триггеров и провокаций, который могут способствовать возвращению старого неэффективного стиля совладания в виде постоянного беспокойства и избегания конструктивного решения возникающих проблем; в) обсуждение способов поведения в этих ситуациях.

В заключение отметим, что существует ряд исследований, доказавших высокую эффективность описанного выше протокола когнитивно-бихевиоральной психотерапии ГТР [27]. Следует подчеркнуть, что важным фактором клинически значимого улучшения при лечении ГТР оказалось повышение

толерантности к неопределенности в процессе лечения. Иными словами, клинически значимые улучшения симптоматики отмечалось у тех пациентов, которым в процессе лечения удавалось повысить свою толерантность к неопределенности. Это еще раз подтверждает важность низкой толерантности к неопределенности как психологического механизма болезни и мишени психотерапии.

Эффективность метакогнитивной психотерапии ГТР, сфокусированной на разрешение конфликта убеждений по поводу беспокойства, также получила солидное эмпирическое подтверждение [30].

Таким образом, данное расстройство, представляющее серьезный вызов для специалистов, стало объектом пристального внимания представителей когнитивно-бихевиоральной традиции. Был разра-

ботан целый ряд моделей этого расстройства, которые прошли эмпирическую проверку. Разработанные на основе этих моделей методы лечения обладают доказанной эффективностью и могут успешно использоваться специалистами в практической работе, помогая преодолеть резистентность к терапии и снизить процент пациентов, прерывающих лечение. Вместе с тем многолетний опыт работы с тревожными расстройствами специалистов лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии показывает, что при выраженной тяжести расстройства важным условием успешности лечения является присоединение к психофармакотерапии и когнитивно-бихевиоральной терапии семейной психотерапии. Обоснованию этого тезиса посвящена специальная статья [3].

Список литературы

1. Аведисова А.С. Тревожные расстройства // Александровский Ю.А. Психические расстройства в общемедицинской практике и их лечение. – М: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – С. 66–73.
2. Вельтищев Д.Ю., Марченко А.С. Проблемы диагностики, прогноза и психофармакотерапии // Современная терапия психических расстройств. – 2013. – № 1. – С. 17–23.
3. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б. Интеграция семейной системной и когнитивно-бихевиоральной психотерапии в лечении больных с хронифицированными формами тревожных расстройств // Современная терапия психических расстройств. – 2013. – № 1. – С. 34–40.
4. Лесс Ю.Э. Генерализованное тревожное расстройства типология и коморбидные состояния // Российский психиатрический журнал. – 2008. – № 2. – С. 40–45.
5. Akiskal H.S. Toward a definition of generalized anxiety disorder as an anxious temperament type // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 1998. – Vol. 98. – P. 66–73.
6. Beck A.T., Clark D.A. An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes // Behaviour Research and Therapy. – 1997. – Vol. 35. – P. 49–58.
7. Beck A.T., Emery G. Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. – New York: Basic Books, 1985.
8. Blazer D.G., Hughes D., George L.K., Schwartz M., Boyer R. Generalized anxiety disorder // Robins L.N., Regier D.A. (Eds.). Psychiatric disorders in America. The Epidemiologic Catchment Area Study. – New York: Free Press, 1991. – P. 180–203.
9. Borkovec T.D., Inz J. The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity // Behaviour Research and Therapy. – 1990. – Vol. 28. – P. 153–158.
10. Borkovec T.D., Newman M.G., Pincus A.L., Lytle R. A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2002. – Vol. 70. – P. 288–298.
11. Brown T.A., Di Nardo P.A., Lehman C.L., Campbell L.A. Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for classification of emotional disorders // Journal of Abnormal Psychology. – 2001. – Vol. 110. – P. 49–58.
12. Chambless D.L., Gracely E.J. Fear of fear and the anxiety disorders // Cognitive Therapy and Research. – 1989. – Vol. 13. – P. 9–20.
13. Goldstein, A. J., Chambless, D. L. A reanalysis of agoraphobia // Behavior Therapy. – 1978. – V. 9. – P. 47–59.
14. Dugas M.J., Freeston M.H., Ladouceur R. Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry // Cognitive Therapy and Research. – 1997. – Vol. 21. – P. 593–606.
15. Dugas M.J., Gosselin P., Ladouceur R. Intolerance of uncertainty and worry: Investigating specificity in a nonclinical sample // Cognitive Therapy and Research. – 2001. – Vol. 25. – P. 551–558.
16. Dugas M.J., Hedayati M., Karavidas A., Buhr K., Francis K., Phillips N.A. Intolerance of uncertainty and information processing: Evidence of biased recall and interpretations // Cognitive Therapy and Research. – 2005. – Vol. 29. – P. 57–70.
17. Dugas M., Robichaud M. Cognitive-Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder: From Science to Practice. – New-York, London: Routledge, 2007.
18. D'Zurilla T.J., Nezu A.M. Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention. – New York: Springer, 1999.
19. Frances A., Miele G.M., Widger T.A., Pincus H.D., Manning D., Davis W.W. The classification of panic disorders: from Freud to DSM-IV // J. Psychiat. Res. – 1993. – Vol. 27. – P. 4.
20. Hunt C., Issakidis C., Andrews G. DSM-IV generalized anxiety disorder in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being // Psychological Medicine. – 2002. – Vol. 32. – P. 649–659.
21. Kessler R., Mickelson K., Barber C. et al. The chronic association between medical conditions and work impairment // Rossi A. (Ed.) Caring and doing for others: social responsibility in the domains of family, work and community. – Chicago: University of Chicago Press, 2001.
22. Ladouceur R., Blais F., Freeston M.H., Dugas M.J. Problem solving and problem orientation in generalized anxiety disorder // Journal of Anxiety Disorders. – 1998. – Vol. 12. – P. 139–152.
23. Mennin D.S., Heimberg R.G., Turk C.L., Fresco D.M. Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder // Clinical Psychology: Science and Practice. – 2002. – Vol. 9. – P. 85–90.
24. Muris P., Roelofs L., Meesters C., Boomsma P. Rumination and worry in nonclinical adolescents // Cognitive Therapy and Research. – 2004. – Vol. 28. – P. 539–554.
25. Reiss S., McNally R.J. Expectancy model of fear // Reiss S., Bootzin R.R. Theoretical issues in behavior therapy. – New York: Academic Press, 1985. – P. 107–121.
26. Ruscio A.M., Borkovec T.D., Ruscio J. A taxometric investigation of the latent structure of worry // Journal of Abnormal Psychology. – 2001. – Vol. 110. – P. 413–422.
27. Segerstrom S.C., Tsao J., Alden L.E., Craske M.G. Worry and rumination: Repetitive thought as a concomitant and predictor of negative mood // Cognitive Therapy and Research. – 2000. – Vol. 24. – P. 671–688.
28. Turner S.M., Beidel D.C., Stanley M.A. Are obsessional thoughts and worry different cognitive phenomena // Clinical Psychology Review. – 1992. – Vol. 12. – P. 257–270.
29. Wells A. Metacognitive therapy for worry and generalized anxiety disorder // Davey G.C., Wells A. (Eds.) Worry and psychological disorders: Theory, assessment and treatment. Chichester, U.K.: Wiley, 2006. – P. 259–272.
30. Wells A. Advances in Metacognitive Therapy // International Journal of Cognitive Therapy. – 2013. – Vol. 6 (2). – P. 186–201.
31. Wittchen H.-U., Zhao Z., Kessler R., Eaton W. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey // Archives of General Psychiatry. – 1994. – V. 51. – P. 355–364.
32. Wittchen H.-U. Generalized anxiety disorder: Prevalence, burden, and cost to society // Depression and Anxiety. H.-U. 2002. – Vol. 16. – P. 162–171.
33. Wittchen H.-U., Kessler R.C., Beesdo K., Krause P., Hoyer J. Generalized anxiety and depression in primary care: Prevalence, recognition, and management // Journal of Clinical Psychiatry. – 2002. – Vol. 63. – P. 24–34.

Cognitive-behavioral models and methods for treating generalized anxiety disorder

Kholmogorova A.B.

MRI of Psychiatry of Roszdrav

SUMMARY. The present article covers the history of GAD and its evolution into a separate disorder. The phenomenological and quantitative criteria of the GAD diagnosis and their dynamics in current disorder classifications are discussed. The phenomenon of chronic worry is defined as the central symptom of GAD and the criteria for differentiating it from other intrusive thoughts are given. The most significant cognitive-behavioral models of GAD are described (T. Borovikov, A. Wells, M. Dugas). The article also includes a discussion of the CBT protocol for treating GAD and a short summary is given to all six modules of the protocol.

KEY WORDS: generalized anxiety disorder, worry phenomenon, intrusive thoughts, cognitive-behavioral models, cognitive-behavioral therapy.

CONTACTS: e-mail: psyllab2006@yandex.ru