

Принципы и алгоритмы психотерапии тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств)

Караваяева Т.А., Васильева А.В., Полторак С.В.
ФБГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ

Резюме. В статье рассмотрены современные подходы к психотерапии тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств) на основе изучения доказательных исследований. Сформулированы основные противопоказания, мишени, этапы. Представлены алгоритмы проведения основных психотерапевтических методов, применяемых для лечения пациентов с тревожными расстройствами невротического уровня (когнитивно-поведенческая психотерапия, интерперсональная психотерапия, личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия). Указаны степень доказательности эффективности применений конкретных психотерапевтических методов и сила рекомендаций.

Ключевые слова: тревожно-фобические расстройства, паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, тревога, тревожные состояния, невротические расстройства, принципы лечения, алгоритм терапии, лечение тревожных нарушений, психотерапия невротических расстройств, когнитивно-поведенческая психотерапия, интерперсональная психотерапия, личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия.

Principles and algorithms of neurotic level anxiety disorders (anxiety-phobic, panic and generalized anxiety disorders) psychotherapy.

Karavaeva T.A., Vasileva A.V., Poltorak S.V.
St. Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute

Summary. Article presents modern approaches to the psychotherapy of neurotic level anxiety disorders with the use of the evidence based outcome-oriented research. It considers the main targets, steps and contraindications for psychotherapy. Algorithms of the main psychotherapeutic methods used for the treatment of patients with neurotic level anxiety disorders (CBT, interpersonal and personality-oriented (reconstructive) psychotherapy) are described. The article reviews and appraises the strength and weight of the research findings of the definite methods effectiveness and strength of the recommendations.

Key words: anxiety, anxiety-phobic disorders, panic disorder, generalized anxiety disorder, anxiety states, treatment guidelines, therapy algorithm, anxiety disorder treatment, neurotic disorder psychotherapy, cognitive-behavioral psychotherapy, interpersonal psychotherapy, personal-oriented (reconstructive) psychotherapy

Для теории и практики медицины в последние десятилетия характерно повышение внимания к изучению тревожных расстройств невротического уровня, методов их лечения, профилактике, что связано с ростом их во всем мире. В основном это объясняется повышением общего уровня напряжения, обусловленным научно-техническим прогрессом, увеличением окружающей информации, усложнением многозадачности, несовершенством механизмов психофизической адаптации [1,4,11,21]. Среди тревожных расстройств невротического уровня наиболее распространены среди населения тревожно-фобические, паническое и генерализованное расстройства [8,10,19,20].

Представлению о роли в этиопатогенезе тревожных расстройств невротического уровня биологических, психологических и социальных механизмов, выступающих в неразрывном динамическом взаимодействии, соответствует комплекс-

ный подход к лечению этих нарушений, оптимально сочетающий в себе терапевтические методы, относимые к трем основным типам — биологическим (психофармакотерапия, физиотерапия), психологическим (психотерапия и психологическая коррекция) и социальным (социотропные вмешательства) [2,7,9,17].

Учитывая важность и преобладание в патогенезе невротических расстройств психологических факторов, в качестве одного из основных методов в сложном терапевтическом комплексе является психотерапия, представленная в современной лечебной практике десятками методами и форм, убедительная оценка эффективности которых чрезвычайно сложна в связи с многими факторами: неразработанностью общей теории психотерапии, трудностью выполнения принципов доказательности в исследованиях, неоднозначностью критериев оценки эффективности психотерапии и другими [7,16]. В настоящей работе рассмотре-

ны алгоритмы методов психотерапии, имеющие доказанную эффективность для тревожных расстройств невротического уровня — когнитивно-поведенческая психотерапия, интерперсональная психотерапия, личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия [2,14,15,18].

Целью работы являлась разработка принципов и алгоритмов психотерапевтического лечения тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств) на основе доказательных исследований.

Методы, использованные для сбора/ селекции доказательств: поиск в электронных базах данных. Доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрейновскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE. Глубина поиска составила 5 лет. Источники для анализа доказательств: обзоры опубликованных мета-анализов; систематические обзоры с таблицами доказательств.

Для создания алгоритмов психотерапевтических подходов к терапии тревожных нарушений невротического уровня применялась следующая рейтинговая система оценки доказательности, согласно иерархии достоверности научных данных (при этом следует иметь в виду, что невысокий уровень доказательности — не всегда свидетельство ненадежности данных):

А) Доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению, которые получены на основании одного, хорошо спланированного, или нескольких рандомизированных клинических исследований (РКИ) или большого систематического обзора (мета-анализа) РКИ.

В) Относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предположение. Доказательства получены на основании по крайней мере одного контролируемого исследования или систематического обзора когортных исследований или РКИ.

С) Доказательства из неконтролируемых исследований или описания случаев/мнений экспертов

С1 — Неконтролируемые исследования

С2 — Описания случаев

С3 — Мнение экспертов или клинический опыт

Д) Неоднородные результаты

Положительные РКИ перевешиваются примерно равным количеством исследований с отрицательным результатом

Е) Отрицательные доказательства

Достаточно отрицательных доказательств: имеется достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения данного лекарственного средства или метода лечения в определенной ситуации.

Ф) Недостаточно доказательств

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучалась для оценки ее валидности, что определяло уровень доказательности, присваиваемый публика-

ции, который влияет на силу, вытекающих из нее рекомендаций.

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций:

Сила	Описание
1	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные как А, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов
2	группа доказательств, включающие результаты исследований, оцененные, как В, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как А
3	группа доказательств, включающие результаты исследований, оцененные, как С1, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как В
4	Доказательства уровня С2 или С3 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как С1

Психотерапевтические мероприятия при тревожных расстройствах невротического уровня проводятся как в индивидуальной, так и в групповой форме [2,3,5,15,18]. В настоящее время вопрос об их соотношении может решаться в соответствии с представлениями о первичных (способствующих возникновению) и вторичных (способствующих сохранению) механизмах невротической симптоматики. Поскольку первичные механизмы в большей степени связаны с внутриличностными конфликтами и историей жизни больного, а вторичные — с трудностями его межличностных отношений и актуальной жизненной ситуацией, то закономерным является сосредоточение внимания в индивидуальной психотерапии на проблематике первого и в групповой психотерапии — второго рода. Такое разграничение терапевтической проблематики носит, несомненно, условный характер, а выбор метода для решения этих задач определяется на основании комплексной оценки пациента: его личностных особенностей, внутренних установок, характера мышления, индивидуального поведенческого репертуара и др. Однако применение психотерапевтических методов не всегда оправданно и имеет ряд противопоказаний, к которым относятся [2,4]:

1) страх перед самораскрытием и сильная опора на «отрицание» как форму психологической защиты;

2) недостаточная мотивация к изменениям;

3) низкая интерперсональная сенситивность;

4) отсутствие возможности посещения занятий (по организационным и индивидуальным причинам);

5) сниженная способность участвовать в процессе активной вербализации и слушания, что является существенной частью любой группы;

Таблица 1. Основные модули когнитивно-поведенческой психотерапии	
Название модуля	Содержание направлений психотерапевтической работы
Психообразовательный модуль	Информация о сути когнитивно-поведенческой терапии Информация о природе тревожных расстройств, включающая их описание и характеристики Тренинг по осознанию беспокойства (с записями о времени и содержании беспокоящих мыслей)
Модуль, направленный на осознание собственной низкой толерантности к неопределенности и на ее преодоление	Установление связи между низкой толерантностью к неопределенности и преувеличенным беспокойством Осознание и принятие неизбежности ситуаций неопределенности в жизни человека Развитие способности распознавать различные ситуации манифестации состояния не-толерантности к неопределенности Выявление ситуаций, провоцирующих состояния беспокойства по поводу неопределенности, и погружение в них на основе метода экспозиции
Модуль, направленный на переоценку ценности беспокойства	Выявление всех аргументов в пользу беспокойства Выявление контраргументов и анализ негативных последствий беспокойства Формулировка новых убеждений относительно беспокойства как неэффективной стратегии совладания с опасностью
Модуль направленный на решение проблем	Подготовка к неизбежности определенности в процессе решения проблем Определение существующих проблем и формулировка цели по их преодолению Выработка различных возможных путей достижения этих целей Выбор оптимального пути Применение выбранных средств и оценка результата
Модуль, направленный на преодолении когнитивного избегания и выработку способности переносить неприятные мысли и образы	Обсуждение образов пугающих ситуаций Описание чувств и субъективная оценка уровня тревоги Тренировка устойчивости к этим образам и чувствам на основе метода экспозиции
Модуль, направленный на профилактику рецидивов	Закрепление всех полученных знаний и навыков Обсуждение возможных триггеров и провокаций, которые могут способствовать возвращению старого неэффективного стиля совладания Обсуждение способов поведения в ситуациях, в которых проявляется старый стиль реагирования

б) характерологические особенности пациентов, которые не позволяют им конструктивно работать в группе и извлекать из этой работы пользу (которые постоянно отыгрывают свои эмоции вовне в качестве защитной реакции, а не наблюдают за своим психологическим состоянием; или пациенты с серьезным негативизмом или ригидностью).

Одним из наиболее частых методов для лечения тревожных расстройств невротического уровня является когнитивно-поведенческая психотерапия. Когнитивно-поведенческое направление в психотерапии возникло вследствие осознания недостаточности воздействий только на внешнее поведение пациента, понимания необходимости в ряде случаев модификации познавательной (когнитивной) сферы с целью повышения эффективности терапии. Это направление ставит перед собой задачу воздействовать прямо на когнитивные процессы (мысли, ожидания, установки) [9,14,15].

Алгоритм когнитивно-поведенческой психотерапии (Уровень доказательности — А. Сила рекомендаций — 1)

Когнитивная модель фобий. При фобиях имеется предчувствие физического или психологического ущерба в специфических ситуациях. Если пациент в состоянии избежать подобной ситу-

ации, он не ощутит угрозы и сохранит спокойствие. Если же он попадет в такую ситуацию, то почувствует субъективные и физиологические симптомы тревоги. Страх перед отдельными ситуациями основан на преувеличенном представлении пациента об особых пагубных свойствах этих ситуаций (например, страх высоты, страх собак). При оценочных фобиях имеется страх неудачи в социальных ситуациях. Поведенческие и физиологические реакции на потенциальную «опасность» (отвержение, недооценка, неудача) могут мешать функционированию пациента до такой степени, что могут вызывать как раз то, чего он боится [15].

Когнитивная модель панического расстройства. Пациенты с паническим расстройством склонны рассматривать любой необъяснимый симптом или ощущение как признак неминуемой катастрофы. Главной чертой людей с паническими реакциями является наличие убеждения в том, что их витальные системы — сердечно-сосудистая, респираторная, центральная нервная — потерпят крах. Пациенты с паническими расстройствами имеют специфический *когнитивный дефицит*: они неспособны реалистично воспринимать свои ощущения и катастрофически их интерпретируют [12, 14]

Когнитивная модель генерализованного тревожного расстройства. В мышлении тревожного пациента доминируют темы опасности, то есть он предполагает события, которые окажутся пагубными для него, для его семьи, для его имущества и для других ценностей. Тревожные индивиды испытывают трудность в распознавании сигналов безопасности и других свидетельств, которые уменьшают угрозу опасности [13].

Мишенями когнитивно-поведенческой психотерапии для тревожных расстройств невротического уровня являются: низкая толерантность к неопределенности; позитивные убеждения относительно беспокойства; отсутствие ориентации на решение проблем; когнитивное избегание.

Для лечения тревожно-фобического, панического и генерализованного тревожного расстройств используются следующие **техники** в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии.

Когнитивное реструктурирование. Проводятся вмешательства по коррекции ошибочных представлений и интерпретаций телесных ощущений. Может дополняться экспозицией *in vivo* для получения дополнительной информации, которая будет опровергать ошибочные суждения.

Тренировка дыхания. Показана в случае выраженного гипервентиляционного компонента в структуре ПА. В связи с тем, что на фоне стресса возникает диспноэ, которое оценивается, как угрожающее здоровью и провоцирует или усиливает страх, вызванный внешними тревожными стимулами, рекомендуется проводить тренинг по контролю дыхания с последующей когнитивной реатрибуцией значения симптомов. Тренинг может дополняться принудительной гипервентиляцией с приобретением навыков контроля симптоматики за счет дыхания в мешке.

Прикладная релаксация. Использование прогрессивной мышечной релаксации и обучение пациентов навыкам контроля за своим физическим состоянием.

Интероцептивная экспозиция. Проведение упражнений, обеспечивающих ощущения, сходные с паническим приступом, к примеру, ингаляция углекислого газа, проведение сердечно-сосудистых нагрузочных проб или физических упражнений, гипервентиляция, вращение в кресле, повторные инфузии лактата натрия.

Экспозиция *in vivo* проведение повторных приближенных к условиям реальности поведенческих тренировок, особенно показано при наличии агорафобии. Может проводиться в различном режиме, с участием психотерапевта или специально обученной медсестры или самостоятельно, дозированно или массивно, с длительным погружением в ситуацию или с возможностью из нее уйти.

Привлечение/отвлечение внимания. Внимание пациента при экспозиции может полностью сосредотачиваться на фобических переживаниях, когда пациент полностью сосредотачивается на своих ощущениях и мыслях, напоминая себе о необходимости не отвлекаться. Другой вариант, отвлечения внимания путем выполнения когни-

тивных заданий по типу счета, рифмования слов, инструктируя себя о необходимости отвлекаться от тревожных мыслей и образов.

Другим эффективным методом для лечения тревожных расстройств невротического уровня является **краткосрочная интерперсональная психотерапия**. Целью этого метода психотерапии являются конструктивные изменения, прежде всего, в межличностной сфере. Они достигаются через раскрытие, анализ, осознание и переработку межличностных проблем пациента и коррекцию его неадекватных отношений, установок, эмоциональных и поведенческих стереотипов на основе анализа и использования межличностного взаимодействия [5, 18].

В процессе психотерапии, ориентированной на коррекцию неадекватных интеракций, конфликтные отношения пациента утрачивают свой центральный характер. Это влечет за собой снижение выраженности симптоматики. Вторично наблюдается уменьшение и внутриличностной проблематики. Задачи психотерапии также фокусируются, в основном, на трех составляющих самосознания: самопонимании (когнитивный аспект), отношении к себе (эмоциональный аспект) и саморегуляции (поведенческий аспект). Использование в лечении больных с тревожными расстройствами групповой интерперсональной психотерапии позволяет воздействовать на более специфические психотерапевтические «мишени», характерные для данной группы больных — нарастание ограничительного поведения, приводящего к сужению социальных связей, выраженность симптомов социофобического характера, дефицитарность коммуникативной системы и др. Преимущество межличностного подхода заключается в том, что пациент выходит из состояния изоляции, создаются условия для установления контактов с другими людьми, возникает возможность для формирования более адекватной самооценки.

Проведение данного вида психотерапии способствует активизации и усилению фактора универсализации, который у данного контингента больных проявляется в изменении и снижении чувства уникальности собственного расстройства, связанного со страхом смерти, сумасшествия, потери контроля. В конечном итоге, это приводит к изменению устойчивых неадаптивных стереотипов поведения [5].

При краткосрочной интерперсональной групповой психотерапии основные терапевтические интервенции проводятся на динамически-современном уровне развития группы в противоположность генетически-регрессивному. Как правило, акцентируется внимание на легко поддающихся наблюдению преходящих выражениях осознаваемых потребностей и поведенческих паттернов, групповых ролей, симпатий и антипатий, а также на особенностях структуры группы.

Алгоритм краткосрочной групповой интерперсональной психотерапии (Уровень доказательности — В. Сила рекомендаций — 2)

Учитывая три плоскости ожидаемых изменений (когнитивную, эмоциональную и поведенческую), задачи краткосрочной групповой психотерапии можно сформулировать следующим образом:

Таблица 2

А. В познавательной (когнитивной) сфере пациент получает представление о мере своего участия в возникновении, повторении и развитии своих конфликтных ситуаций, т.е. как он сам своим поведением и своим способом эмоционального реагирования, способствует этому. Осознавая влияние собственных установок и ценностей на процесс взаимоотношений с другими людьми, у него появляется возможность предотвратить повторение патогенной ситуации, используя конструктивные формы поведения, приобретенные во время групповой психотерапии.

Б. В эмоциональной сфере задачи охватывают следующие основные аспекты: получение эмоциональной поддержки и формирование более благоприятного отношения к себе, непосредственное переживание нового эмоционального опыта, вербализацию и эксплорацию собственных эмоций, что формирует определенный оптимизм, создает условия для отреагирования как положительных, так и отрицательных эмоций и способствует дезактуализации фобических и тревожных переживаний, выравниванию аффекта.

В. В поведенческой сфере могут задачи быть определенными как формирование эффективной саморегуляции за счет приобретения новых форм поведения, связанных с сотрудничеством, взаимопомощью, ответственностью и самостоятельностью, которые способствуют оптимальной адаптации, более успешному социальному функционированию в реальной жизни и предупреждению рецидивов неконструктивного поведения.

Метод краткосрочной интерперсональной групповой психотерапии ориентирован на: достижение симптоматического улучшения у пациентов; улучшение эмоционального состояния пациентов; улучшение их социального функционирования; увеличение уровня адекватной социальной адаптации.

Групповая интерперсональная психотерапия как терапевтический процесс имеет следующие фазы развития [5]:

- диагностический этап;
- фаза зависимого и поискового поведения;
- фаза возникновения, обострения и разрешения внутригрупповых конфликтов;
- фаза формирования групповой сплоченности;
- фаза приобретения членами группы способности эффективно решать свои проблемы.

На диагностическом этапе проводится отбор участников в краткосрочную интерперсональную психотерапевтическую группу, первая встреча психотерапевтов и будущего члена группы может быть благоприятной основой создания взаимного доверия в работе группы.

На этом этапе особое внимание уделяется выявлению межличностного контекста тревожно-фобического, панического и генерализованного

тревожного расстройств, особенно событиям, которые, являясь психотравмирующими, спровоцировали появление симптомов. Для этих больных характерны конфликты в семейной и профессиональной сферах, а также такие межперсональные проблемы как одиночество, изоляция, застенчивость, неумение завязывать и поддерживать близкие отношения, мнительность, трудности в отношениях с авторитетами, неуверенность в себе, зависимость от других и т.п. Во время беседы должна осуществляться диагностика личности, стиля межличностного общения претендента. Всесторонняя оценка помогает решить, насколько пациент соответствует характеру и целям организуемой краткосрочной интерперсональной группы, позволяет прогнозировать его поведение в группе, способность выстраивать и поддерживать отношения с другими участниками.

План терапии: занятия в группе проходят 5 раз в неделю по 1,5 часа в течение 4 недель.

Во многих исследованиях подчеркивается значение диагностического этапа групповой психотерапии, с помощью которого достигается осуществление большинства критериев, обеспечивающих эффективность проведения краткосрочных психотерапевтических групп:

— постановка конкретных и достижимых целей, ориентация на уменьшение проблем и трудностей, на понимание себя и реальности, определение связей между невротической симптоматикой и наличием интерперсональных проблем, а не на глубокие структурные изменения личности.

— гомогенность состава участников по характеру имеющихся у пациентов проблем, а также относительная гомогенность по нозологическому признаку. Это повышает сплоченность группы, для формирования которой требуется меньше времени, способствует проявлению психотерапевтического фактора универсализации.

— тщательный отбор пациентов и их прелиминарная подготовка к работе в группе, осуществляемая на диагностическом этапе.

1. Фаза зависимого и поискового поведения. Первая фаза групповой психотерапии представляет собой период образования группы как таковой и совпадает с началом лечения и адаптацией пациентов к новым условиям. Пациенты имеют различные установки и ожидания относительно лечения, но практически для всех вначале характерны преувеличение роли фармакотерапии и симптоматического лечения, отсутствие адекватных представлений о психотерапии вообще и групповой психотерапии, в частности, стремление перенести ответственность за процесс и результаты лечения на психотерапевта, непонимание значения собственной активности в достижении положительных результатов лечения.

Первым самостоятельным заданием для членов группы является принятие норм и правил группы, регулирующих взаимоотношения и взаимодействия между участниками группы. Сформировавшиеся на начальном этапе работы правила и нормы «накладывают печать» на дальнейшее

функционирование группы, и позднее их очень трудно изменить. Поэтому очень важно формирование терапевтически полезных норм группы с самого начала ее работы.

Обобщая, можно сформулировать следующие основные задачи психотерапевтов в первой фазе краткосрочной интерперсональной групповой психотерапии:

- содействовать принятию терапевтических групповых норм, тем самым помогая пациентам почувствовать себя более естественно и более активно включиться в процесс работы;
- создавать безопасную, основанную на взаимном доверии атмосферу, что способствует формированию групповой сплоченности;
- определить общие цели краткосрочной интерперсональной группы;
- помочь участникам установить индивидуальные конкретные цели работы в группе;
- поощрять участие всех пациентов в дискуссиях;
- структурировать работу группы;
- помогать пациентам в лучшем осознании своих чувств, реакций, поведенческих особенностей и благодаря этому положить начало проработке и решению межличностной проблематики.

Структурирование процесса на начальном этапе способствует быстрому формированию групповой сплоченности, созданию благоприятного эмоционального климата, что позволяет минимизировать число уходов пациентов из группы, повысить эффективность дальнейшей работы.

2. Фаза возникновения, обострения и разрешения внутригрупповых конфликтов. Для второй фазы также характерен высокий уровень напряжения в сочетании с более высокой активностью пациентов, специфика которой заключается, как правило, в наличии негативных эмоций по отношению к психотерапевтам, а также в нарастании конфликтности между участниками группы. К этому времени, ориентированные исключительно на ведущих, они сталкиваются с ситуацией, когда ими уже не руководят, не говорят, что и как делать, о чем говорить. Именно такая резкая смена роли ведущих от активной, направляющей, несколько директивной позиции до пассивной, наблюдающей, провоцирует быстрый переход к выражению агрессивных чувств участниками группы по отношению к психотерапевтам.

В свою очередь, эта ситуация дает возможность психотерапевтам показать участникам, что проявление агрессивности, враждебности не обязательно приводит к пагубным последствиям — агрессия может носить конструктивный, адаптивный характер, она может быть понята и принята.

Во второй фазе краткосрочной интерперсональной групповой психотерапии конструктивным представляется дискуссия о разделении ответственности за работу и результаты группы. Психотерапевты должны стараться найти баланс ответственности, приемлемый для себя, с учетом целей, задач и возможностей краткосрочной интерперсональной формы проведения группы и

психотерапевтический для участников групповой психотерапии. Разрешением этой кризисной фазы считается обсуждение в группе проблем, связанных с авторитетами, зависимостью, поисками поддержки, недостаточной самостоятельностью и ответственностью, неуверенностью.

Через фазу конфронтации с психотерапевтами участники группы не только слачиваются, но и приходят к пониманию и принятию личной ответственности за свою жизнь, к пониманию того, что их выздоровление зависит во многом от их собственной инициативы и активности и никто за них не будет и не сможет решать их проблемы.

Помимо нарастания напряженности в отношениях с ведущими, обостряются конфликты и между участниками группы. Особое внимание ведущими уделяется обсуждению и анализу конфликтных интеракций между членами группового взаимодействия. Важным в этой фазе представляется проведение параллели между характером конфликтов в группе и в реальной жизни пациентов.

Конфликт, как и любая другая ситуация в работе группы, приобретает психотерапевтическую ценность, если является двухступенчатым процессом, т.е. когда он не только переживается, но происходит и анализ переживаемого. Психотерапевты должны заботиться о направлении работы группы от одной ступени к другой, от переживания к пониманию.

Обобщая основные задачи психотерапевтов во второй фазе краткосрочной интерперсональной групповой психотерапии, можно выделить следующие:

- помочь участникам группы опознать истоки увеличения уровня тревоги и обсуждать их в ходе групповой дискуссии;
- побуждать участников открыто выражать свои негативные чувства, выявлять конфликты в группе и решать их;
- способствовать принятию участниками на себя части ответственности за направление работы группы;
- адекватно, конструктивно реагировать на стремление участников конфликтовать с психотерапевтом — как с профессионалом и человеком, он должен понимать это как отражение процесса развития и правильно интерпретировать реакции членов группы;
- помочь участникам стать более автономными и независимыми.

3. Фаза формирования групповой сплоченности. К концу второй недели начинается третья фаза, которая характеризуется процессом структурирования группы, формированием сплоченности, взаимопомощи и взаимоподдержки. В этот период складывается благоприятная обстановка, формируется активность, ответственность членов группы, что способствует раскрытию и переработке индивидуальной проблематики пациентов.

Основными темами групповой дискуссии на данном этапе являются: 1) темы доверия — недоверия; 2) темы симпатии — антипатии участников

группы, вскрытие их глубинных причин; 3) исследование расхождений между представлениями относительно потребностей друг друга; 4) анализ ожиданий одного по отношению к другому.

Одна из специфических целей краткосрочной интерперсональной групповой психотерапии, реализация которой достигается на протяжении всего процесса работы группы, но непосредственная проработка ее осуществляется на второй — третьей фазе — это достижение так называемого интерперсонального или межличностного инсайта, оно основывается на двух компонентах. В первую очередь на принципах эффективной обратной связи, во вторую — на создании как можно более широкой и богатой базы интеракций, на которой затем можно строить работу группы; обеспечение наличия и адекватного функционирования этих составляющих относится к функциям психотерапевтов.

В ходе интеракций проявляются основные социальные характеристики участников группы и схемы их поведения. Сфера интеракций составляет основу краткосрочной интерперсональной групповой психотерапии; для того чтобы члены группы имели возможность продемонстрировать широкий репертуар поведения в самых разнообразных ролях и ситуациях (что в ограниченных временных рамках краткосрочной группы затруднено), на третьей фазе рекомендуется проводить специальные упражнения для демонстрации в группе переживаний, связанных с процессами интеракции. Они могут найти применение также в тренировке обнаружения интеракционных элементов происходящего в группе.

Таким образом, основной задачей этого этапа является выработка альтернативных, более адекватных способов взаимодействия через мобилизацию усилий членов группы на преодоление возникших трудностей, т.е. формирование сплоченности группы как ценностно-ориентационного единства.

Задачи психотерапевтов в третьей фазе краткосрочной интерперсональной групповой психотерапии:

— формирование, развитие и укрепление групповой сплоченности.

— обеспечение знакомства участников группы с принципами и критериями конструктивной обратной связи, так как именно она является основным практическим инструментом, приводящим к адаптивным изменениям в трех сферах самосознания — когнитивной, эмоциональной и поведенческой, что является конечной целью краткосрочной интерперсональной групповой психотерапии и способствует улучшению социального функционирования пациентов.

— создание условий для расширения поведенческого репертуара в группе, поскольку это позволяет участникам формировать более дифференцированные представления друг о друге; появляется возможность наблюдать дезадаптивные формы поведения,

4. Фаза приобретения членами группы способности эффективно решать свои проблемы.

Четвертая фаза является «рабочей» фазой зрелой, активно и целенаправленно работающей психотерапевтической группы. Зрелая группа представляет собой эффективно функционирующее целое, ориентированное на решение определенных задач, эта фаза знаменует собой кульминацию групповой психотерапии. Члены группы взаимодействуют естественно и спонтанно, лидерские функции выполняются теми участниками, которые берут на себя решение важных задач. Четвертая фаза характеризуется возможностью свободного взаимодействия пациентов, совершаемого в безопасной атмосфере, функционирование в группе отличается взаимным доверием и уважением участников, они стремятся лучше понять друг друга и свои отношения, при этом развивается способность не только переживать чувства, но и осознавать их; признаком зрелости является также способность членов группы принимать разные точки зрения и амбивалентные чувства. Индивидуальный рост пациентов проявляется в их способности принимать и исполнять разные роли, а не только использовать привычные для себя стереотипные, дезадаптивные способы поведения, анализировать и разрешать конфликтные ситуации, выражать и принимать сильные эмоции, не пытаться их блокировать, способности к конструктивному взаимодействию в ходе совместной деятельности, а также способности соотносить свои действия и переживания с реальностью.

В этой фазе проводится работа, направленная на выяснение причин конфликтов, путей их разрешения через выработку альтернативных адекватных способов поведения. Как правило, рассматриваются проблемы отдельного участника группы, остальные члены группы принимают активное участие в работе.

Основным фактором динамики группы в «рабочей» фазе развития является самораскрытие участников. В четвертой фазе работы краткосрочной интерперсональной группы возникают благоприятные условия для более частого личностного самораскрытия участников.

Можно выделить следующие механизмы терапевтического воздействия процесса самораскрытия. В первую очередь это катарсис, содержащийся в самом факте откровенного рассказа. Следующим фактором является объективизация и упорядочение материала, составляющего содержание рассказа. Достоинство самораскрытия как процесса заключается далее в том, что она ведет к развитию личности в направлении аутентичности, подлинности, повышения порога ранимости. Самораскрытие в группе приносит всем ее членам дающее облегчение переживание универсальности.

В четвертой фазе краткосрочной интерперсональной групповой психотерапии актуализируется и достигается одна из общих целей данного метода — формирование адекватной социальной адаптации. В этой фазе психотерапевты применяют вспомогательные приемы и техники различных психотерапевтических школ и направлений. Например, наиболее часто используются элемен-

ты психодрамы, в частности разыгрывание ролевых ситуаций, элементы гештальт-терапии, поведенческой психотерапии все они направлены на облегчение процесса самораскрытия, выработку альтернативных решений определенных конфликтов, обучение более эффективным социальным навыкам, повышение осведомленности о потребностях и чувствах других людей. В каждом конкретном случае подбор технических приемов производится индивидуально, в зависимости от характера проблем каждого пациента.

Таким образом, можно сформулировать следующие **задачи психотерапевтов в четвертой фазе** краткосрочной групповой психотерапии:

— содействие в развитии способности у членов группы гибко переводить фокус своего внимания с событий в группе на события биографического плана, благодаря чему пациенты начинают связывать события в группе с прошлым опытом, а также видеть повторяющиеся паттерны в своем поведении и поведении других.

— стремление к выработке навыков у участников группы соотносить значимость внутрigrуппового взаимодействия с тем, что происходит в их жизни за пределами группы. Так, например, озабоченный своими конфликтными отношениями с важным для себя человеком (как правило, супругом / супругой) участник группы может получить определенную помощь со стороны других пациентов и психотерапевтов в понимании своих проблем, если присутствующие пытаются связать его изложение ситуации с наблюдаемыми особенностями его поведения в группе.

— формирование менее директивной, структурирующей позиции психотерапевтов, направленной на проявление пациентами возможности экспериментировать, изменять свои стереотипные дезадаптивные способы межличностного взаимодействия. Стремление к установлению более коллегиальных психотерапевтических отношений, которые предполагают убеждение в том, что психотерапевты являются партнерами в работе, а не единственным источником помощи, поддержки и понимания для участников группы.

Заканчивая работу группы, важно оценить достигнутые результаты, т.е. назвать и конкретизировать их, а также обсудить, как участники группы намереваются воплотить в жизнь приобретенный в группе опыт. Если к концу работы группы ответы на такие вопросы бывают конкретными, велика вероятность того, что всё, полученное участниками, действительно станет частью их жизни.

Использование в лечении больных с тревожно-фобическими, паническим и генерализованным тревожным расстройствами групповой интерперсональной психотерапии позволяет воздействовать на более специфические психотерапевтические «мишени», характерные для данных групп больных — нарастание ограничительного поведения, приводящего к редуцированию социальных связей, выраженность симптомов социофобиче-

ского характера, дефицитарность коммуникативной системы и др. [5, 7, 18].

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия может быть отнесена к отечественному варианту психодинамического направления. Психотерапия направлена на восстановление нарушенной системы отношений больного через изучение специфики личностных расстройств у него, анализ и осознание особенностей формирования системы отношений пациента, патогенной ситуации и невротического конфликта. Сбалансированное использование механизмов лечебного воздействия (конфронтации, эмоционально-корректирующего опыта и научения) позволяет изменять нарушенные отношения больного, учитывая три плоскости ожидаемых изменений (в когнитивной, эмоциональной и мотивационно-поведенческой сферах), причем индивидуальная психотерапия, в отличие от групповой, сфокусирована в большей степени на когнитивных аспектах [2,3,7].

Алгоритм личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии (Уровень доказательности — В. Сила рекомендаций — 2)

Целями личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии являются:

1) глубокое и всестороннее изучение личности больного: специфики формирования, структуры и функционирования его системы отношений, особенностей его эмоционального реагирования, мотивации, потребностей;

2) выявление и изучение этиопатогенетических механизмов, способствующих возникновению и сохранению невротического состояния и симптоматики;

3) достижение у больного осознания и понимания причинно-следственных связей между особенностями его системы отношений и его заболеванием;

4) изменение и коррекция нарушенной системы отношений больного неврозом;

5) при необходимости помощь больному в разумном разрешении его психотравмирующей ситуации, изменении его объективного положения и отношения к нему окружающих.

Задачи в реконструкции отношений по каждой из структурной составляющей (когнитивной, эмоциональной, поведенческой) представлены в таблице 3.

Механизмы лечебного действия личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии также лежат в трех основных плоскостях — когнитивной, эмоциональной и поведенческой и к ним относятся: конфронтация, корректирующий эмоциональный опыт, научение [2].

Конфронтация — столкновение пациента с самим собой, со своими проблемами, конфликтами, отношениями и установками, с характерными эмоциональными и поведенческими стереотипами, осуществляется в основном за счет обратной связи между участниками психотерапевтического процесса.

Таблица 3	
Когнитивная сфера	осознание мотивов своего поведения, особенностей своих отношений, особенностей своих эмоциональных и поведенческих реакций осознание неконструктивного характера ряда своих отношений, эмоциональных и поведенческих стереотипов осознание связей между психогенными факторами и невротическими расстройствами, симптоматикой
	осознание меры своей ответственности в возникновении в возникновении конфликтных и психотравмирующих ситуациях осознание более глубоких причин своих переживаний и способов реагирования и формирующихся в детстве Осознания условий формирования своей системы отношений
Эмоциональная сфера	эмоциональная поддержка от психотерапевта, приводящая к ослаблению защитных механизмов научиться понимать и вербализовать свои чувства испытывать более искренние чувства к себе раскрыть свои проблемы с соответствующими им переживаниями, которые зачастую для него скрыты. Осознать эмоциональный компонент конфликта произвести эмоциональную коррекцию своих отношений модифицировать собственный способ переживаний, эмоциональное реагирование
Поведенческая сфера	обладать способностью корректировать неадекватные поведенческие реакции, приобрести новые способы адаптивного поведенческого поведения, глубокого и искреннего общения генерализовать новые способы своего поведения во всех сторонах своей жизни.

Корректирующий эмоциональный опыт (или корректирующее эмоциональное переживание) включает: переживание и анализ своего эмоционального опыта (прошлого, в том числе относящегося к родительской семье, и актуального, связанного собственно с процессом психотерапии) и эмоциональную поддержку.

Эмоциональная поддержка означает для пациента принятие его психотерапевтом (или группой), признание его человеческой ценности и значимости, уникальности его внутреннего мира, готовность понимать его, исходя из его отношений, установок и ценностей. Конструктивная переработка содержания обратной связи, становление адекватного самопонимания предполагает принятие пациентом новой информации о себе, которая часто не согласуется с собственными представлениями. Низкая самооценка, эмоционально неблагоприятное отношение к себе препятствуют восприятию пациентом новой информации, обостряя действие защитных механизмов; более позитивная самооценка, напротив, снижает уровень психологической угрозы, уменьшает сопротивление, делает пациента более открытым для новой информации и нового опыта. Это означает, что самооценка и отношение к себе играют чрезвычайно важную роль в становлении адекватного самопонимания и могут как способствовать, так и препятствовать этому процессу. **Эмоциональная поддержка** оказывает стабилизирующее положительное воздействие на самооценку; повышает степень самоуважения; производит корректирующее эмоциональное воздействие на такой важнейший элемент системы отношений, каким является отношение к себе, практически всегда неадекватное в структуре отношений невротической личности. **Принятие пациента психотерапевтом (или**

группой) способствует развитию сотрудничества; облегчает усвоение пациентом психотерапевтических норм: повышает его ответственность и активность в психотерапевтическом процессе; создает условия для самораскрытия.

Научение в рамках личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии осуществляется как прямо, так и косвенно. Групповая психотерапия более благоприятствует реализации поведенческих механизмов в сравнении с индивидуальной. Группа выступает как модель реального поведения пациента, в которой он проявляет типичные для него поведенческие стереотипы, и создает условия для исследования пациентом собственного межличностного взаимодействия, выявляя в нем конструктивные и неконструктивные элементы, приносящие удовлетворение или вызывающие негативные переживания, и для выработки навыков полноценного общения. Пациент начинает ощущать свою способность к изменениям, которые приносят ему удовлетворение и позитивно воспринимаются другими. Все это создает благоприятные предпосылки для генерализации достигнутых поведенческих изменений и на другие ситуации, в реальной жизни.

Включение психотерапевтических мероприятий в комплексное лечение пациентов с тревожными расстройствами невротического уровня наряду с биологической терапией и соционаправленными вмешательствами, привлечение специалистов различной направленности на основе бригадного подхода обеспечивает эффективное лечебное воздействие, основанное на биопсихосоциальной концепции развития психических расстройств, и создает возможность применения персонализированной терапии [2, 3, 6, 21].

Литература

1. Залуцкая Н.М. Генерализованное тревожное расстройство: современные теоретические модели и подходы к диагностике и терапии. Часть 2. /Обозрение психиатрии и медицинской психологии. — 2014. — № 4. — С.129-134.
2. Карвасарский Б.Д. Психотерапия: учебник для ВУЗов. — Изд-во Питер — 2012 — 672 с.
3. Караваева Т.А. Основные тенденции изменения психотерапевтических и реабилитационных стратегий при лечении невротических расстройств / Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2010. — № 3. — С. 71-74.
4. Караваева Т.А., Колотильщикова, Е.А. Мизинова Е.Б. Изменение психотерапевтических и реабилитационных стратегий при лечении невротических расстройств в условиях социально-экономических перемен. Часть II. Изменение психологических характеристик у больных с невротическими расстройствами в последние три десятилетия / Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2010. — №3. — С. 63-65.
5. Колотильщикова, Е.А., Мизинова Е.Б., Чехлатий Е.И. Копинг-поведение у больных неврозами и его динамика в процессе краткосрочной интерперсональной групповой психотерапии // Вестник психотерапии. — 2004. — № 12 (17). — С. 9-23.
6. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Бутома Б.Г., Еричев А.Н., Мельникова Ю.В., Саврасов Р.Г. Холистический диагностический подход в психиатрии. Сообщение 1. // Социальная и клиническая психиатрия. — 2013 — Т. 23.- № 4 — С.45-50.
7. Полторац С.В., Караваева Т.А., Васильева А.В. Изменение соотношения психотерапии и фармакотерапии при невротических расстройствах во второй половине XX и начале XXI веков. // Вестник психотерапии. — 2013. — №47(52). — С.29-37.
8. Прибытков А.А., Еричев А.Н., Коцюбинский А.П., Юркова И.О. Вопросы терапии соматоформных расстройств: медикаментозные и психотерапевтические подходы // Социальная и клиническая психиатрия. — 2014. — Т. 24. — № 4 — С.73-80.
9. Beck A. T. [et al.]. *Cognitive Therapy of Depression*. — N.Y. : Guilford Press. — 1980. — 425 p.
10. Behar, E., Borkovec, T.D. The nature and treatment of generalized anxiety disorder. In: B.O. Rothbaum (Ed.), *The nature and treatment of pathological anxiety: essays in honor of Edna B. Foa*. — New York: Guilford. — 2005. — P.181-196.
11. Chambless D. L. Spacing of exposure sessions in treatment of phobia. Paper presented at the 22nd Annual Session for Advancement of Behavior Therapy. — N. Y. — 1989.
12. Daniels CY. Panic disorder. 2010. <http://emedicine.medscape.com/article/287913-overview>
13. Diefenbach, G. J., Stanley, M. A. Beck, J. G. Worry content reported by older adults with and without generalized anxiety disorder. — *Aging and Mental Health*. — 2001. — Vol.5. — P. 269-274.
14. Ellis A. *Rational-Emotive Therapie*. / Corsini R.J. *Current psychotherapies* (4 ed.).- Itasca, Ill.: Peacock. — 1989. — P. 197-238.
15. Ellis A. *Rational-Emotive Therapy* // *Current psychotherapies* (ed. Corsini R. J.) —Itasca, Ill.: Peacock. — 1989. — P. 197—238.
16. Garfield S.L. Research on client variables in psychotherapy. In A.E. Bergin and S.L. Garfield (Eds>). — *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 4th ed. — New York: Wiley. — 1994. — P. 190-228).
17. Hoehn-Saric, M.D., McLeod, D. R., Funderburk, F. Kowalski, P. Somatic symptoms and physiologic responses in generalized anxiety disorder and panic disorder. An ambulatory monitor study. — *Archives of General Psychiatry*. — 2004. — Vol.61. — P.913-921.
18. Kellerman H. *Group Psychotherapy and Personality: Intersecting Structures*. New York: Grune & Stratton. — 1979. — 244 p.
19. Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., Fresco, D. M. Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. — *Behaviour Research and Therapy*. — 2005. — Vol.43. — P.1281-1310.
20. Roy-Byrne, P. P., Craske G., Stein M. / *Panic disorder* // *The Lancet*. — 2006. — Vol. 368, № 9540. — P. 1023—1032.
21. Turk C. L., Heimberg R. G., Luterek J. A., Mennin D. S., Fresco, D. M. Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: a comparison with social anxiety disorder. — *Cognitive Therapy and Research*. — 2005. — Vol.29. — P.89-106.

Transliteration

1. Zalutskaya N.M. *Generalizovannoe trevojnoe rastroistvo: sovremennie teoreticheskie modeli I podhody k diagnostike I terapii. Chast 2. [Generalized anxiety disorder: modern theoretical models and approaches to diagnostic and therapy] / Obzrenie psihiatrii I meditsinskoi psihologii [V. M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]* — 2014. — № 4. — С.129-134. In Rus.
2. Karvasarsky B.D. *Psyhoterapia: uchebnik dlay VUZov. [Psychotherapy: Manual for Medical Schools]* — Izd-vo Piter — 2012. — 672 p. In Rus.
3. Karavaeva T.A. *Osnovnie tendentcii izmenenia psyhoterapevticheskikh I reabilitatcionnih strategii pry lechenii nevroticheskikh rasstroistv. [The main tendencies in the psychotherapeutic and rehabilitation strategies changes in neurotic disorders*

- treatment] / *Obzrenie psihiatrii I meditsinskoj psihologii* [V. M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]—2010. — № 3. — С.71–74. In Rus.
4. Karavaeva T.A., Kolotiltchova E.A., Mizinova E.B. *Izmenenie psyhoterapevticheskikh I reabilitatsionnih strategiy pri lechenii nevroticheskikh rasstrojstv v usloviyah sotcialno-ekonomicheskikh peremen. Chast II. Izmenenie psihologicheskikh harakteristik u bolnih s nevroticheskimi rasstrojstvami v poslednie tri desiatiletia. [The changes in the psychotherapeutic and rehabilitation in neurotic disorders treatment in the time of social and economic changes] / Obzrenie psihiatrii I meditsinskoj psihologii* [V. M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]—2010. — № 3. — С. 63–65. In Rus.
 5. Kolotiltchova E.A., Mizinova E.B, Chehlatiy E.I. *Koping-povedenie u bolnih s nevrozami I ego dinamika v processe kratkosrochnoy interpersonalnoi gruppovoy psyhoterapii. [Coping behavior in neurosis suffering patients and its dynamic during the short-term interpersonal psychotherapy] / Vestnik psyhoterapii [Journal of psychoterapy]*—2004. — № 12(17). — P. 9-23. In Rus.
 6. Kotsybinsky A.P., Sheinina N.S., Butoma B.G., Erichev A.N., Melnikova J.V., Savrasov R.G. *Holisticheskii diagnosticheskii podhod v psihiatrii. Soobtshenie 1. [Holistic diagnostic approach in psychiatry. Post 1] Sotcial'naia I klinicheskaja psihiatria [Journal of Social and Clinical Psychiatry]*. —2013. — T. 23. — № 4. — P45-50. In Rus.
 7. Poltorak S.V., Karavaeva T.A., Vasilyeva A.V. *Izmenenie sootnoshenia psyhoterapii I farmakoterapii pri nevroticheskikh rasstrojstvah vo vtoroi polovine XX v nachale XXI vekov. [The shift in the interrelationship of psychotherapy and pharmacotherapy in neurotic disorders treatment in the second half of the XX, beginning of the XI century] // Vestnik psyhoterapii [Journal of psychoterapy]*— 2013. — № 47. — P.29-37. In Rus.
 8. Priiitkov A.A. Erichev A.N., Kotsybinsky A.P., Yrkova I.O/ *Voprosy terapii somatoformnih rasstrojstv: medikamentoznie I psyhoterapevticheskie podhody. Somatoform disorders treatment issues: pharmacological and psychotherapeutic approaches] // Sotcial'naia I klinicheskaja psihiatria [Journal of Social and Clinical Psychiatry]*. —2014. — T. 24. — № 4. — P.73-80. In Rus.
 9. Beck A. T. [et al.]. *Cognitive Therapy of Depression*. — N.Y. : Guilford Press. — 1980. — 425 p.
 10. Behar, E., Borkovec, T.D. *The nature and treatment of generalized anxiety disorder. In: B.O. Rothbaum (Ed.), The nature and treatment of pathological anxiety: essays in honor of Edna B. Foa* New York: Guilford. — 2005. — P. 181-196.
 11. Chambless D.L. *Spacing of exposure sessions in treatment of phobia. Paper presented at the 22nd Annual Session for Advancement of Behavior Therapy*, N. Y. — 1989.
 12. Daniels C.Y. *Panic disorder*. 2010. <http://emedicine.medscape.com/article/287913-overview>
 13. Diefenbach, G. J., Stanley, M. A. Beck, J. G. *Worry content reported by older adults with and without generalized anxiety disorder. Aging and Mental Health*. — 2001. — Vol.5. — P. 269-274.
 14. Ellis A. *Rational-Emotive Therapie./ Corsini R.J. Current psychotherapies(4 ed.)*.- Itasca, Ill.: Peacock. — 1989. — P. 197-238.
 15. Ellis A. *Rational-Emotive Therapy // Current psychotherapies (ed. Corsini R. J.)*— 1989. — Itasca, III: Peacock. — P. 197—238.
 16. Garfield S.L. *Research on client variables in psychotherapy. In A.E. Bergin and S.L. Garfield (Eds>) Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 4th ed.* New York: Wiley. — 1994. — P. 190-228.
 17. Hoehn-Saric, M.D., McLeod, D. R., Funderburk, F. Kowalski, P. *Somatic symptoms and physiologic responses in generalized anxiety disorder and panic disorder. An ambulatory monitor study. Archives of General Psychiatry*. — 2004. — Vol.61. — P.913-921.
 18. Kellerman H. *Group Psychotherapy and Personality: Intersecting Structures*. New York: Grune & Stratton. — 1979. — 244 c.
 19. Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., Fresco, D. *MPreliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. Behaviour Research and Therapy*, — 2005. — Vol.43. — P.1281-1310.
 20. Roy-Byrne, P. P., Craske G., Stein M. / *Panic disorder //The Lancet*. 2006. — Vol. 368, № 9540. — P. 1023—1032.
 21. Turk C. L., Heimberg R. G., Luterek J. A., Mennin D. S., Fresco, D. M. *Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: a comparison with social anxiety disorder. — Cognitive Therapy and Research*. — 2005. — Vol.29. — P.89-106.

Сведения об авторах

Каравеева Татьяна Артуровна — доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, руководитель отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. E-mail: tania_kar@mail.ru;

Васильева Анна Владимировна — доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. E-mail: annavdoc@yahoo.com;

Полторак Станислав Валерьевич — кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. E-mail: poltorak62@mail.ru