



УКРАЇНСЬКИЙ  
ІНСТИТУТ  
КОГНІТИВНО-  
ПОВЕДІНКОВОЇ  
ТЕРАПІЇ

# **ДИПЛОМНАЯ РАБОТА**

**«КПТ генерализированного тревожного  
расстройства»**

**Студентки потока Львов – 9  
Гофман Юлии**

**Львов 2021 г.**

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....	<b>3</b>
ПРЕЗЕНТАЦИЯ СЛУЧАЯ БЕЗ ТЕРАПИИ.....	4
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ DSM V.....	5
ОБЗОР ПРОБЛЕМЫ: СТАТИСТИКА, ПОСЛЕДСТВИЯ.....	7
КОМОРБИДНОСТЬ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ПРОБЛЕМЫ.....	8
ПРОИСХОЖДЕНИЕ.....	9
ПОШАГОВАЯ МОДЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГТР.....	10
ОПИСАНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ФАЗ ЛЕЧЕНИЯ.....	16
<b>ВЫВОДЫ</b> .....	<b>22</b>
<b>СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ</b> .....	<b>23</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 1</b> .....	<b>24</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 2</b> .....	<b>25</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 3</b> .....	<b>26</b>

## **Введение**

Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) – одно из самых распространенных расстройств в сфере психического здоровья, за данными эпидемиологических исследований 7% людей при жизни будут иметь ГТР. У 75% лиц расстройство начинается в подростковом возрасте (11-20 лет) без стрессовых событий. Если его не лечить, оно может существенно осложнить человеку жизнь. Часто это хроническое состояние, что приводит к функциональным нарушениям, ухудшает качество жизни и увеличивает траты на медицинское обслуживание.

Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) – это состояние чрезмерной тревоги, которую особа не может контролировать. Данное расстройство характеризуется стойкой тревогой, которая не ограничена какими-либо определенными обстоятельствами. Одно из главных особенностей этого расстройства является то, что человек постоянно переживает за будущее, за возможные опасности, болезни, проблемы и катастрофы, которые потенциально могут случиться в его жизни или жизни его родных.

Клинические проявления патологической тревоги могут включать не только психические, но и соматические симптомы (вегетативные симптомы и симптомы, связанные с хроническим мышечным напряжением). Это приводит к тому, что пациенты с данным расстройством часто обращаются за помощью к врачам общей клинической практики, в частности кардиологам и неврологам, для устранения соматических симптомов и поздно обращаются за помощью к специалистам сферы психического здоровья (25 лет ГТР) или не обращаются вовсе.

Рекомендуемыми методами лечения, согласно современным протоколам, являются когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) (современная, с добавлением майндфулнес), а также фармакотерапия антидепрессантами СИОЗС. Некоторые исследования показали, что когнитивно-поведенческая терапия при лечении ГТР является более эффективной, чем лекарственные препараты. Терапия способствует уменьшению необходимости применения медикаментов, и в некоторых случаях состояние пациентов после завершения когнитивно-поведенческой терапии улучшалось даже больше, чем при приеме препаратов.

В данной работе мы рассмотрим не только особенности ГТР и его критерии, но также пошаговую модель лечения данного расстройства методом КПТ на примере клинического случая.

### **Презентация случая без терапии**

*Девушка И., 23 года, не замужем, состоит в отношениях, работает и параллельно учится. Из-за своего тревожного состояния обратилась за помощью, также ранее была у психиатра, который назначал антидепрессанты, которые И. не хотела пить из-за возможных побочных эффектов. Ранее также обращалась к психологу из-за того, что становилась непродуктивной и ее охватывала сильная грусть.*

*И. жалуется на повышенную тревожность, говорит о том, что постоянно переживает за маму и младшего брата: «Я должна точно знать, что с братом и мамой все хорошо». Также переживает за работу. Вспоминая последний эпизод тревоги, рассказывает, что на работе не успевала выполнить одно задание, переключилась на другое, а потом переживала, а если кто-то спросит за первое задание, а она его не доделала. На вопрос о том, как она справляется с тревогой, описывает, что ей все нужно контролировать и планировать, любит систематизировать, а когда появляется тревога, нужно сразу переключиться на что-то другое, и она проходит. Говорит о том, что ей нужно быть постоянно чем-то занятой, а когда она расслабляется или просто лежит на диване, появляется чувство вины, что все вокруг более успешные, а она сейчас ничего не делает и что она станет неудачницей, если будет так себя вести. Хотя на работе она руководит командой, и показывает себя хорошей сотрудницей. У нее даже была возможность уехать работать в Америку, но побоялась рискнуть, возникали переживания: «А как я буду без мамы и брата, а что если я там не справлюсь». Также описывает, что ее беспокоит ее боязнь рисковать, что она переживает, что если она поменяет работу, то у нее в другом месте не будет таких же перспектив и авторитета как сейчас «Я думаю, что переросла работу, хотелось бы попробовать себя в новой компании, но здесь же мне все понятно, хорошая команда, а что там будет – неизвестно». Также жалуется, что бывает раздражительной, и любит учить других людей и пытаться решать их проблемы, также испытывает мышечное напряжение из-за этого обращалась и к невропатологу и ходит на массаж, хотя напряжение так и не прошло, также*

*жалуется на сон, говорит, что часто просыпается ночами и что в голову лезут разные неприятные мысли.*

*Пациентка склонна к перфекционизму, очень общительная и много говорит на консультации. Постоянно перепрыгивала на тему про маму и брата. Говорит, что хочет им помочь, поскольку мама состояла два раза в неудачных отношениях с ненадежными мужчинами, а маленький брат, которому 7 лет, вырастит с проблемами, поскольку наблюдал все это. Когда она ходила к психологу, то психолог предложила пройти ее брату тест, и сделала заключение, что у него сильная агрессия. На вопрос, как эта агрессия проявляется, И. ответила, что в поведении никак, он общительный и у него есть достаточное количество друзей, и он наоборот не склонен к вспышкам злости. Но она все равно продолжает дальше переживать о брате и думает, что нужно его отвести к другому специалисту «он видел скандалы между мамой и ее мужем, вдруг потом у него будет куча психологических проблем»*

*Характеризует себя как очень ответственного и заботливого человека.*

*Вспоминая о своем детстве, рассказывает, что они с мамой жили в селе, жили бедно, потом перебрались в город, и стали жить лучше. В школе хорошо училась, пыталась получить одобрение со стороны родителей, часто пыталась угадывать и подстраиваться под настроение близких. Описывает, что ее очень любили бабушки и дедушки, она была любимой внучкой. Но, когда ей было 15 лет, умерла ее прабабушка, за которой ухаживала ее мама, и сейчас любой образ пожилого доброго необеспеченного человека вызывает у нее жалость и она может расплакаться. Также рассказывает, что в семье было принято обсуждать тяжелые жизненные ситуации, обсуждали как прабабушки пережили голодомор и другие тяжелые времена. Маму описывает как тревожную, переживает, что та, так и не нашла свое счастье, и что у нее была тяжелая жизнь (родители мамы умерли когда ей было 4 года, и она воспитывалась бабушкой). Также рассказывает о своем отце, который страдал от наркотической зависимости и сейчас дополнительной темой для переживаний для М. стала ее возможная предрасположенность к зависимостям.*

### **Определение ГТР и диагностические критерии DSM V**

Генерализованное тревожное расстройство – психическое расстройство, которое характеризуется общей устойчивой тревогой, не связанной с определёнными объектами или ситуациями. ГТР диагностируют тогда, когда переживания приводят к существенному ухудшению жизни личности и способности человека нормально

функционировать в разных жизненных сферах. Вот некоторые сферы, в которых чаще всего у osoby с ГТР чаще всего появляются переживания:

- семья
- финансы
- работа/школа
- болезнь/здоровье
- психологические/эмоциональные переживания
- будущее
- успех/неудача
- путешествия
- события в мире
- незначительные дела

Ключевое отличие между пациентами с ГТР и людьми, которые тоже могут переживать за эти сферы является то, что эти переживания должны быть чрезмерными (намного чаще, чем обычные переживания) и такими, которые трудно контролировать. Переживания не сфокусированы на одной ситуации, а распространяются на несколько событий.

### *Диагностические критерии DSM V*

А. Чрезмерные тревога и беспокойство (боязливое ожидание) по поводу различных событий или активности (работа, учеба) в течение большей части дней на протяжении не менее 6 мес.

Б. Это беспокойство трудно контролировать.

В. Тревога и беспокойство связаны не менее чем с 3 следующими симптомами (ряд этих симптомов присутствует большую часть дней в последние 6 мес):

- 1) беспокойство, неусидчивость, чувство взвинченности;
- 2) повышенная утомляемость;
- 3) трудности сосредоточения и концентрации внимания;
- 4) раздражительность;

5) мышечное напряжение;

6) нарушения сна (сложности засыпания, беспокойный сон).

Г. Ощущения тревоги и беспокойства не соответствуют критериям других тревожных расстройств (панические расстройства с паническими атаками, социальная фобия, обсессивно-компульсивные расстройства, нервная анорексия, соматизированные заболевания, ипохондрия, посттравматическое стрессовое расстройство).

Д. Тревога, беспокойство и физические проявления тревоги вызывают выраженный дистресс и нарушают ту или иную деятельность и социальную активность.

Е. Ощущения не связаны с употреблением лекарств или иных веществ, с соматическими заболеваниями и не являются проявлением депрессии или психотических расстройств.

### **Обзор проблемы: статистика, последствия**

За всю жизнь на определенном ее этапе у 7% людей возникнет ГТР. Частота возникновения ГТР, очевидно имеет два пика. Первый возрастной период, когда риск развития этого расстройства больше, - это 11-20 лет. Он связан с большим количеством жизненных вызовов и смещения ролей, которые выпадают на этот возраст. Другой, поздний период возникновения ГТР, - это средний возраст, который характеризуется новыми вызовами в работе, а также личной жизни. ГТР чаще случается у женщин, нежели у мужчин. Установлено, что в общей популяции 4% женщин имеют ГТР, тем временем как критерии этого диагноза присутствуют лишь у 2% мужчин. Информация о распространенности ГТР в Украине отсутствует.

Люди с ГТР испытывают трудности в различных сферах жизни. Те, кто находится в отношениях склонны постоянно контролировать своих партнеров и из-за чрезмерной заботы возникает большое напряжение и недоразумения в отношениях. Дети людей с ГТР или страдают от постоянного контроля, конфликтуют и пытаются отдалиться от тревожных мамы или отца или, наоборот, моделируют поведение близкого человека и сами становятся неуверенными и тревожными.

Постоянные волнения очень истощают и снижают производительность человека, что негативно влияет на работу. Страх потерять финансовую стабильность мешает с радостью тратить заработанные средства и разумно рисковать для улучшения финансового состояния. Множество мер безопасности, которые использует человек «чтобы бы ничего страшного не произошло» значительно ограничивает ее и не позволяет получить истинное наслаждение от разного рода приятных видов деятельности. У людей, страдающих от ГТР наблюдается снижение сексуального влечения через постоянную тревогу.

ГТР – хроническое состояние, при котором эпизоды могут длиться десятки лет и дольше. Симптомы со временем могут усиливаться или ослабевать, в зависимости от новых жизненных вызовов, которые возникают перед человеком, но в общем, это состояние хроническое, если его не лечить. Факторы, свидетельствующие о более благоприятном прогнозе: позднее начало расстройства; незначительная выраженность социальной дезадаптации; пол – женщины более предрасположены к ремиссии. Факторы, свидетельствующие о неблагоприятном прогнозе: плохие взаимоотношения с супругом или родственниками; наличие коморбидных психических расстройств; пол – мужчины менее предрасположены к ремиссии.

### **Коморбидность и сопутствующие проблемы**

Коморбидность является характерным признаком ГТР. Свыше 90% всех пациентов диагнозом «генерализованное тревожное расстройство» в течение жизни имели еще одно другое психическое расстройство. Наиболее часто встречается коморбидность со следующими психическими расстройствами:

- эндогенная депрессия, рекуррентное депрессивное расстройство;
- биполярное аффективное расстройство;
- дистимия;
- алкогольная зависимость;
- простые фобии;



- социофобия;
- обсессивно-компульсивное расстройство;
- наркотическая зависимость, зависимость от психоактивных веществ (ПАВ)
- психопатологически недифференцированный синдром хронической усталости;
- астенические нарушения.

Наличие ГТР часто связано со значительным ухудшением профессионального и социального функционирования. Многие люди с этим тревожным расстройством утверждают, что они избегают других людей из-за страха быть отвергнутым, или же наоборот излишне зависимы от других из-за нехватки уверенности в себе.

### **Происхождение:**

В происхождении генерализованного тревожного расстройства имеют значение биологические и психосоциальные факторы. Наследуется не склонность к конкретному тревожному расстройству, а определенные свойства личности, такие как повышенная чувствительность к тревожным стимулам, склонность к сверхчувствительности на незначительные изменения внешней среды, эмоциональная и вегетативная лабильность. Несмотря на то, что биологические факторы влияют на возникновение ГТР, меньшую роль играют факторы внешне-средового воздействия (прошлый опыт): особенности воспитания в раннем детском возрасте, внутрисемейные отношения, психотравмирующие ситуации и события.

Огромное значение в развитии ГТР имеют особенности воспитания в раннем детском возрасте. Наибольшую роль играет гиперопекающее поведение родителей. Гиперопека формирует у ребенка ощущение, что он живет в мире, полном постоянных внешних угроз, с которыми он не в состоянии справиться без помощи взрослых. Чрезмерная опека специфична для тех семей, в которых один из родителей страдает тревожными расстройствами. Тревожное поведение одного из взрослых формирует сходное поведение у ребенка. Большое значение для развития тревожных расстройств

имеют сильные переживания в раннем детстве, связанные с разлукой с матерью, физическим или сексуальным насилием, алкоголизмом в семье.

Таким образом, в развитии ГТР большую роль играют наследственная предрасположенность к заболеванию, проявляющаяся повышенной индивидуальной восприимчивостью к стрессовым и психотравмирующим ситуациям, а также внешнесредовые факторы: особенности воспитания, перенесенные стрессовые события, текущая жизненная ситуация, наличие соматических заболеваний.

*Возвращаясь к клиническому случаю, пациентка И. имела как биологические факторы влияющие на развитие ГТР (И. описывала себя как чувствительную личность, которая может расплакаться от любого трогательного момента или какого-то печального случая, также у нее была тревожная мама), также негативный опыт (родители развелись, из-за развода чувствовала себя виноватой, очень переживала, когда переехала с села в город «боялась что не смогу влиться в коллектив, по этой причине старалась хорошо учиться», «с детства слышала страшные истории о том, насколько тяжела жизнь, и что нужно очень трудиться и нельзя расслабляться»).*

#### **КПТ модель ГТР включает в себя:**

1. Положительные убеждения о целесообразности / полезность переживаний
2. Непереносимость неопределенности / проблемные меры безопасности + схема ожидания катастрофу и дисфункциональных правило 100% уверенности в безопасности
3. Негативное восприятие проблем (отрицательная ориентация к проблемам)
4. Когнитивное избегание «страшного сценария» и др.
5. Убеждение о негативных последствиях переживаний и тревоги

По мнению многих людей, переживания могут включать в себя много позитивных моментов, например при планировании будущего. Для людей, которые страдают от ГТР переживания имеют свою ценность и несут в себе следующие функции:

- переживания помогают предотвратить плохие события («я переживал - и не произошло»);
- переживания помогают найти решение;
- переживания мотивируют;
- если ты переживаешь за кого-то, то это значит, что ты любишь, заботишься, что ты хороший человек (мама, женщина и т.п.);

- переживание готовят к столкновению с проблемами, делают это столкновение легче.

***Поддерживающий цикл №1 (Позитивные убеждения про переживания, которые приводят к еще большим переживаниям)***



Лица с ГТР считают все переживания полезными - они не различают между полезными и бесполезными переживаниями, они не умеют переживать адаптивно. В КПТ мы учим метанавиков про переживания.

Важной особенностью человека, страдающего ГТР является наличие схемы «Ожидания на катастрофу». Такая схема может формироваться вследствие: травматического опыта и стрессовых событий в детстве, отсутствии безопасной привязанности в детстве, гиперопеке родителей / ограничении самостоятельности, моделировании родителями гипертревожности, а также наличия ГТР у родителей. На формирование данной схемы может также влиять тревожный темперамент.

***Поддерживающий цикл №2 Схема ожидания на катастрофу и дисфункциональное правило 100% уверенности в безопасности***



Многие люди считают неопределенность чем-то стрессовым и стараются ее избежать. А люди страдающие от ГТР тяжелее переносят неопределенность. Им всегда нужна уверенность, чтобы не переживать. Если абсолютной уверенности нет, они могут начать переживать, чтобы избавиться от дистресса, который появился из-за этой неопределенности. Соответственно, если человек с ГТР сталкивается в жизни с ситуацией, связанной с неопределенностью (а у него фобия неопределенности) - он как и при любой фобии использует или поведение избегание или «меры безопасности»:

- Избегание: откладывать принятие решения, отказываться от изменений, отказываться от ситуаций, требующих риска.
- Меры безопасности: проверки, мониторинг, «страхование», гиперопека, гиперконтроль, поиск заверений, поиск информации и советов с целью принятия 100%-безопасного решения и т.д.

**Поддерживающий цикл №3 Непереносимость неопределенности и ее роль при переживании**



Нашей целью в КПТ является помочь лицам с ГТР принять неопределенность жизни (и неизбежную тревогу с этим связанную), научиться жить с ней без дезадаптивного избегания и чрезмерных «мер безопасности». Это изменение на глубинном уровне отношения к неопределенности жизни и осознание абсурдности и невозможности на 100% контролировать жизнь.

У людей страдающих от ГТР есть еще одна устойчивая особенность – они имеют негативную ориентацию к проблемам:

- воспринимают проблемы, как что-то негативное
- воспринимают себя, как лицо, которое не сможет эффективно решить проблему

- воспринимают последствия проблемы, как неизбежно отрицательные (проблема не решится, а произойдет ...)

Лица с ГТР могут иметь хорошие навыки решения проблем, но не могут их применять правильно, поскольку имеют негативную ориентацию по решению проблем и вместо использования стратегий решения проблем они «застревают» на переживании о проблемах.

***Поддерживающий цикл №4 Негативная ориентация к проблемам.***



У лиц с ГТР также «фобия проблем» с соответствующими действиями избегание или мер безопасности - так наша задача в КПТ является изменить отношение к проблемам.

Одна из моделей КПТ утверждает, что переживание служит средством избегания угрожающего когнитивного и эмоционального содержания. Считается, что переживания обычно лингвистические и в них нет образов (прихожая комнаты страха, но еще не сама комната) - соответственно когда приходит страшный образ, то переход в лингвистическую форму переживания уменьшает степень тревоги (элемент подкрепления переживания). Поэтому переживание является с одной стороны проявлением осознания опасности и непредсказуемости жизни, а с другой формой когнитивного избегания «полной экспозиции» ко всем возможным в жизни испытаниям

и вообще нашей экзистенциальной ситуации (смертность и т.д.). При ГТР человек избегает полного вхождения в комнату страха (образов) и он не думает о возможности и необходимости коупинга, а лишь о том, как это будет ужасно.

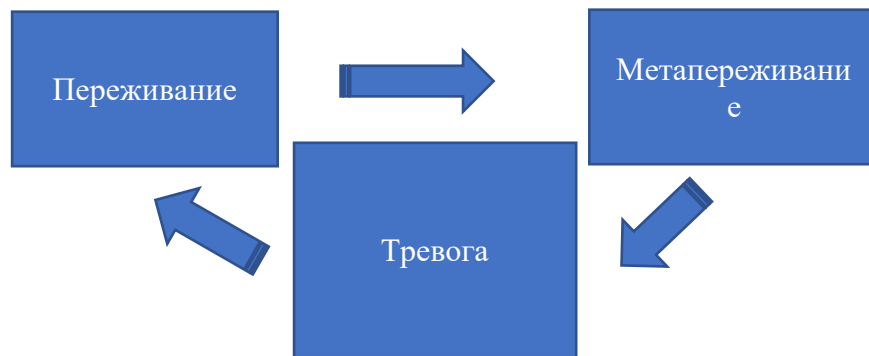
***Поддерживающий цикл №5 Переживание как когнитивное избегания***



В КПТ нашей задачей является сделать экспозицию полного сценария страха, которая включает в себя образы, но также и идею коупингу. Это является частью жизненного мужества, что мы можем позволить себе смотреть в глаза «всего что возможно» и не обманываем себя, что мы от чего-то есть застрахованы.

Рядом с позитивными мыслями о переживаниях, у лиц с ГТР могут быть отрицательные мысли - например, что «если я об этом думаю, то притягиваю негативную энергию и увеличиваю вероятность того, что это произойдет», "я не могу об этом думать», «я не могу вынести эту тревоги», «я от тревоги заболею «я не могу контролировать / остановить переживания - я схожу с ума».

**Поддерживающий цикл №6 Негативные убеждений о переживании.**



Стратегия избегания определенных переживаний (попытки не думать о ...), ведут к парадоксальному усилению этих мыслей. Для снижения тревоги и возможности справиться с переживаниями важно проведение экспозиций определенных тем и коррекции метакогниций о вреде / опасности переживаний.

У пациентки И. присутствовали все циклы кроме цикла негативных убеждений о переживаниях.

**Протокол КПТ ГТР:**

**Формулирование**

- Психоедукация. Привлечение в терапию. Социализация в модель КПТ.
- Модуль 1 - осознание переживаний, распознавать продуктивное / непродуктивное переживания и уменьшения времени на переживания (майндфулнес, «время переживаний» и др.)
- Модуль 2 - увеличение толерантности к неопределенности будущего
- Модуль 3 - развитие положительной ориентации к проблемам
- Модуль 4 - преодоление когнитивного избегание
- Модуль 5 - работа с негативными убеждениями о переживаниях (при необходимости)
- Модуль 6 - предупреждение рецидива

Индивидуальная КПТ один раз в неделю 23 сессии, дальше несколько сессий раз в две недели, потом переход на бустерные сессии один раз в месяц.

*С И. было проведено 23 сессии в описанном выше формате, включая работу над глубинным убеждением и правилом жизни, которые касались самооценки.*



**1. Обследование, формулирование, психоэдукация, постановка целей и социализация в модель КПТ (1-3 сессии)**

**2. Модуль первый - работа с переживаниями (4-7 сессия)**

2.1 Внедрение идеи континуума переживаний, наличие амбивалентности относительно переживаний, определение критериев полезности / неполезные переживания

2.2 Тренировка способности распознавать полезные и неполезные переживания

2.3 Выявление и тестирование убеждений о пользе переживаний

2.4 Техника «Дерево принятия решений», ограничения бесполезных переживаний

(с

применением техник майндфулнес)

**3. Модуль второй - развитие толерантности к неопределенности будущего (7-11)**

3.1 Психоэдукация о схеме ожидания катастрофу, особую систему безопасности, внедрение идеи непереносимости неопределенности

3.2 Когнитивное тестирование ГП «Высокая вероятность того, что что-то плохое случится, и я с этим не справлюсь» и правила жизни «Все нужно на 100% контролировать и планировать, чтобы ничего плохого не случилось, или избегать принятия решения»

3.3 Планирование и проведение пошаговой экспозиции с ограничением избегания защитного поведения к ситуациям, которые содержат в себе неопределенность

3.4 Другие поведенческие вмешательства по внедрению в жизнь адаптивных ГП и ПЖ.

**4. Модуль третий - развитие положительной ориентации к проблемам (11-14 сессий)**

4.1 Исследование «программы А» (негативное отношение к проблемам) и «программы В» (позитивное отношение к проблемам), когнитивное тестирование плюсов / минусов каждого

4.2 Развитие восприятия проблем, как обязательной составляющей жизни, вместо постоянных переживаний и преувеличения последствий.

4.3 Развитие навыка быстрее идентифицировать проблемы и их решать.

4.4 Развитие умения воспринимать проблемы не как угрозу, а как вызов.

4.5 Экспериментальное упражнение «Проблема стучит в дверь»

## **5. Модуль четвертый - преодоление когнитивного избегания (14-16)**

5.1 Психоедукация о роли когнитивного избегания

5.2 Исследование темы худшему сценарию

5.3 Разработка сценария и запись на аудио

5.4 Пошаговая экспозиция к худшему сценарию

5.5 Формирование навыка разрабатывать и в будущем делать экспозиции к худшему сценария самостоятельно.

**Далее, сосредоточились на работе с низкой самооценкой, глубинными убеждениями « Я неудачница» и дисфункциональными правилами жизни «Нужно все делать на 100% идеально и много» (16-21 сессия)**

6.1. Психоедукация относительно самооценки глубинных убеждений и правил жизни.

Просмотр формулирования и связи с историей развития.

6.2. Когнитивные техники работы с дисфункциональными и адаптивными ГУ (доказательства за / против, польза / вред, последствия).

Разработка коупинг-карты. Ведение ежедневных записей, которые укрепляют новые глубинные убеждения.

6.3. Экспериментальная работа (имагинативная рескрипция, безопасное место, техника кресел, письмо себе и др.)

6.4. Когнитивное тестирование дисфункциональных ПЖ (польза / вред) и разработка

нового адаптивного ПЖ. Поведенческое тестирование нового адаптивного ГУ и ПЖ и

воплощение их в жизнь, в частности перенос в сферу самовосприятия, отношения, учебы.

## **7. Предупреждение рецидива (22-23 сессия)**

7.1 Просмотр полученных навыков

7.2 Идентификация зон риска и будущих действий в ответ

### 7.3 Составление «чемоданчика» инструментов на будущее

### 7.4 Развитие стрессоустойчивости

#### **Описание отдельных фаз лечения:**

На первом этапе терапии было проведено обследование в модели КПТ. Обследование происходила постепенно, поскольку И. давала очень много информации, постоянно перескакивала с темы на тему, и трудно было уловить что же конкретно ее беспокоит. Для того, чтобы ускорить обследование решили идти по бланку для формулирования, сконцентрироваться на описании проблемы, целях, триггерах и ресурсах.

Для обследования пациентки использовались опросники базовой психологической оценки IAP, а также опросник YSQ - L3. На первом этапе обследования в модели КПТ было выявлено следующие проблемы:

1. ГТР (общая повышенная тревожность) (16 баллов по шкале GAD 7)
  2. Низкая самооценка, неуверенность в своих силах.
- Сопутствующих расстройств не было обнаружено.

Были выявлены следующие темы переживаний, эмоции, поведение и поддерживающие процессы:

Пациентка И. переживала за маму и своего брата, также переживала за результаты своей работы, за незначительные задачи, за отношения со своим парнем (описывала его как очень закрытого, который не идет на контакт и «с ним нужно что-то делать»), также переживала за свое будущее в профессиональном плане, и что «не делает ничего на встречу улучшениям в жизни». Основными эмоциями, которые были связаны с данными темами переживаний: тревога, раздражительность и чувство вины. Распространенным поведением И. был чрезмерный контроль и частые проверки, а в случаях, когда усиливалась неизвестность - И. избегала действий, ничего не делала.

Во время обследования с пациентом удалось установить хороший терапевтический контакт и доверие, что позволило заинтересовать И. методом КПТ и замотивировать к

терапии (И. до прихода на консультацию смотрела ролики о КПТ, но долго не могла выбрать специалиста, переживала как все будет происходить).

На втором этапе работы с ГТР рассматривали принцип континуума, а также что такое переживание (разделение переживаний на полезные и не полезные). На сессиях на примере переживаний И. учились разделять данные переживания на полезные и неполезные используя бланк «Тренинг осознания переживаний» (Приложение 1). Работа с разделением переживаний «по двум корзинам» стала д/з пациентки в дальнейшем.

В ходе работы было выявлено, что у И. есть следующие убеждения о полезности переживаний: «Если я буду переживать, то смогу продумать все возможные варианты решения проблемы и предотвратить их с помощью постоянного планирования», «Если я переживаю за брата и маму, это значит я их люблю и мне не все равно на них». С помощью вопросов «Действительно переживания помогают в решении проблем, или вы просто прокручиваете эти проблемы в голове снова и снова? Не приводит тревога, которую вызывают чрезмерные переживания, наоборот к отложению или даже к избеганию решения проблем? Не путаете ли вы переживания, с действиями, которые непосредственно приводят к решению проблем? Как мы можем проверить, действительно ли переживания помогают решать проблемы? Были ли ситуации, когда вы переживали, но все равно случалось что-то плохое? Знаете ли вы других сестер и детей, кого вы считаете заботливыми, но которые так не переживают?» И. начала задумываться о том, что возможно переживания не такие полезные, как ей казалось. Однако заметила, что несмотря на это, ей все равно трудно не переживать «теперь это происходит автоматически, я это не контролирую».

Дальше продолжилась работа с бланком тренинг «осознания переживаний», для неполезных переживаний использовались техники, которые помогали И. дистанцироваться от переживаний «Трамвай», «Время для переживаний», а также техники майндфулнес (Приложение 2).

Помимо неполезных переживаний, у И. были и полезные (переживание касалось вебинаров, которые нужно было посмотреть, но пациентка все никак их не смотрела «там сложная тема, вдруг это будет скучно, и только зря потрачу время»). К полезным переживанием была применена техника «Дерево принятия решения» (Приложение 3).

Дальнейшая работа с И. – это развитие толерантности к неопределенности будущего. Была проведена психоэдукация относительно происхождения схемы

«Высокая вероятность того, что случится что-то плохое и я с этим не справлюсь» опираясь на биологические факторы и негативный опыт в прошлом у пациентки, а также рассмотрено защитное поведение (планирование, постоянный контроль и проверки). Для работы с этой схемой использовалось вербальное тестирование, а также на данном этапе впервые была использована техника экспозиции к неопределенности к тем ситуациям, которые у И. вызывали интенсивную тревогу и страх (И. запланировала поездку с друзьями перед Новым годом, и для осуществления поездки все задачи были распланированы между членами группы, и ранее И. склонна была перепроверять и переспрашивать друзей про то насколько все выполняется и писать списки того, что нужно сделать и взять собой. Задачей И. было выполнить только свою задачи и не контролировать друзей). Далее был составлен список ситуаций, в которых И. склонна была проявлять чрезмерный контроль и к каждой ситуации применялась экспозиция с отменой защитного поведения.

Следующим этап терапии было когнитивное тестирование плюсов и минусов «программы А» (негативное отношение к проблемам) и «программы В» (позитивное отношение к проблемам). Для идентифицирования проблем использовались бланки «Тренинг осознанности переживаний» и «Дерево принятия решения».

На следующем этапе была проведена психоедукация о роли когнитивного избегания и представлена техника «Самый худший сценарий». На сессии была определена тема, которая вызывала сильный страх «Я хочу поменять работу, но даже не рассматриваю вакансии, которые мне присылают на почту. Боюсь туда ходить, так как могу провалиться и тогда буду чувствовать себя еще большей неудачницей». Был разработан сценарий к этому страху.

Переломным этапом для пациентки стала ситуация, когда несмотря на страхи и опасения она пошла на собеседование в другую компанию и отметила, что в реальности это вызвало небольшую тревогу по шкале от 0 до 10 на 4 балла.

Дальнейшие этапы работы были сосредоточены на работе с самооценкой и дезадаптивными глубинными убеждениями и правилами жизни.

На последних сессиях за результатами опросника GAD- 7 И. набрала 5 балла. Также на этих сессиях был составлен список всех техник, которые были использованы в работе с И. и разработаны сценарии того, когда и как мы используем эти техники. Также было спланировано дальнейшую самостоятельную работу уже в роли «сам себе терапевт».

**Выводы:**

На данном этапе генерализированное тревожное расстройство исследуется многими специалистами сферы психического здоровья, есть большое количество работ посвященных симптоматике пациентов с данным расстройством, но несмотря на то, что оно является распространенным заболеванием, информации о нем гораздо меньше нежели о других тревожных расстройствах. В работе с пациентами я поняла, что те критерии, на основании которых и определяется данное заболевание малая часть того, с чем на самом деле сталкивается пациент. Данное расстройство - это не просто наличие физических симптомов и неприятных эмоций, которые сами по себе причиняют сильный дискомфорт, но и наличие большого количества когний и страхов, которые причиняют еще больше неудобств и мешают человеку строить отношения, добиваться успехов в работе, рисковать ради важных вещей и жить счастливую жизнь. Данной работой хотелось продемонстрировать то, как именно работа с когнциями и поведением помогла пациенту снизить не только физиологические симптомы, но и начать в целом жить здесь и сейчас. К сожалению, большое количество пациентов даже не подозревают о том, что с ними происходит и возможно никогда не обратятся за помощью, ошибочно предполагая, что такое количество переживаний – это обычная часть жизни в нынешнем нестабильном мире. По этому, так важно проводить больше исследований по данному расстройству и освещать его.

## Список используемой литературы:

1. Барлоу Д. “Клиническое руководство по психическим расстройствам”
2. Вуструк Д., Кеннерли Г., Кірк Дж., «Вступ у когнітивно-поведінкову терапію»
3. Крейг Д. Маркер, Елисон Ейволрд «Генерализованное тревожное расстройство»
4. Мосолов С.Н. Тревожные и депрессивные расстройства: коморбидность и терапия / С. Н. Мосолов. – М.: Антинфо, 2007
5. «Принципы и алгоритмы психотерапии тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств)», Караваяева Т.А., Васильева А.В., Полторац С.В. ФБГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ
6. Слайды и метериалы Сары Грей Раковчик к семинару «КПТ генерализованного тревожного расстройства, 2013 г
7. Старостина Е.Г. Тревога и тревожные расстройства в практике кардиолога, Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского. Москва, Россия

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1

### УПРАЖДНЕНИЕ «МАЙНДФУЛНЕС + ЗАМЕДЛЕННОЕ ДЫХАНИЕ»

1. Сядьте или лягте удобно. Запланируйте провести 5-10 минут, обращая внимание только на дыхание. Если вам комфортно, закройте глаза.

2. Если можете, начните дышать через нос, обращая внимание на то, как вы вдыхаете и выдыхаете.

3. Заметьте, как долго длится каждое вдыхание и выдыхание. Делайте это в течение трех циклов дыхания (серий вдыханий и выдыханий). Сосредоточьтесь на том, как вдыхаете и выдыхаете через живот. Заметьте, что живот поднимается с каждым вдыханием и опускается с каждым выдыханием. Воздух должен поступать туда для того, чтобы наполнить живот, а затем и легкие. При выдохе воздух сначала оставляет живот, а потом грудь. Делайте это в течение трех циклов дыхания.

4. Следующий шаг - замедление выдоха. Медленно считайте до трех при каждом вдыхании, сделайте паузу, а потом считайте до четырех во время каждого выдоха. Выдыхание должно занимать чуть больше времени, чем вдыхание. В конце выдоха сделайте паузу, пока не почувствуете потребности снова сделать вдыхания. Фактическая скорость подсчета есть за вами, хотя она должна быть медленнее, чем обычно.

5. Сосредоточьтесь на подсчете во время дыхания. Возвращайте свое внимание к подсчету каждый раз, когда заметите, что отвлеклись на мысль, чувство или воспоминание, или, возможно, боль. Сбиться со счета - нормальное явление, это не что-то «неправильное» или «плохое». Вы учитесь отпускать то, что вас отвлекает, и оставаться в настоящем моменте, отдыхая и дыша. Цель – просто заметить, когда ваше внимание заблудилась. А потом только вернуть свое внимание к подсчету в течение каждого вдыхания и выдыхания.

6. Можете представить, что мы вдыхаем спокойствие и силу и выдыхаем напряжение.



## ПРИЛОЖЕНИЕ 2

### ТРЕНИНГ ОСОЗНАНИЯ ПЕРЕЖИВАНИЙ

Дата/время	Тема переживаний	Существующая проблема, или гипотетическая	Тревога (0-10)	Полезное или бесполезное	Комментарий

**ПРИЛОЖЕНИЕ 3**  
**ТЕХНИКА «ДЕРИВО ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ»**

