

Психотерапия генерализованного тревожного расстройства

С.В. Яргин

*Российский университет дружбы народов
117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6*

Резюме

Генерализованное тревожное расстройство характеризуется постоянной, плохо контролируемой тревогой и страхами. В мышлении доминируют темы опасности. К неспецифическим симптомам относятся напряженность, беспокойство, утомляемость, нарушения концентрации, раздражительность и вегетативные нарушения. При длительном течении повышен риск депрессии и алкоголизма, часто встречается коморбидность с аффективными, аддиктивными и другими расстройствами. В статье приведен краткий обзор методов психотерапии названного расстройства. Предполагается, что наиболее эффективна когнитивно-поведенческая терапия. Одной из основных целей является выработка реалистического мышления. Путем самонаблюдения пациент осознает свою склонность находить и преувеличивать угрозы. Для восполнения недостаточной социальной компетенции и навыков преодоления жизненных трудностей применяется тренинг решения проблем. Используют различные методы релаксации и другие виды психотерапии. Схема-терапия представляет собой интегративный метод с элементами различных методик. Интернет-консультирование может использоваться изолированно или как дополнение к обычной психотерапии. Тревожные расстройства диагностировали в России сравнительно редко, а количество психотерапевтов было меньше, чем в других развитых странах. Сегодня положение меняется благодаря успехам психотерапии и разработке индивидуальных реабилитационных режимов.

Ключевые слова: генерализованное тревожное расстройство, социофобия, психотерапия.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Автор для переписки: Яргин С.В., e-mail: sjargin@mail.ru

Для цитирования: Яргин С.В. Психотерапия генерализованного тревожного расстройства. *Сибирский научный медицинский журнал*. 2024;44(4):6–20. doi: 10.18699/SSMJ20240401

Psychotherapy of generalized anxiety disorder

S.V. Jargin

*Peoples' Friendship University of Russia
117198, Moscow, Miklukho-Maklaya st., 6*

Abstract

Generalized anxiety disorder is characterized by persistent, poorly controlled anxiety and fears for various reasons. Thoughts are dominated by the themes of danger. Nonspecific symptoms include tension, restlessness, fatigue, poor concentration, irritability and dysautonomia. In the long run, the risk of depression and alcoholism is increased, comorbidity with affective, addictive and other disorders is often encountered. The article provides a brief overview of psychotherapy methods for this disorder. The cognitive behavioral psychotherapy appears to be most effective. One of the main goals of the therapy is training of realistic and objective thinking. Using self-observation, the patient becomes aware of his tendency to seek out and exaggerate threats. The problem-solving training can be used to improve social competence and coping skills. Various relaxation methods and other varieties of psychotherapy are applied. The schema therapy is an integrative approach including elements of different methods. Internet counseling can be used in isolation or as an adjunct to conventional psychotherapy. Anxiety disorders were diagnosed relatively rarely in Russia, and the number of psychotherapists was smaller than in other developed countries. Today, the situation is changing thanks to success of psychotherapy and development of individual rehabilitation regimes.

Key words: generalized anxiety disorder, social phobia, psychotherapy.

Conflict of interest. The author declares no conflict of interest.

Correspondence author: Jargin S.V., e-mail: sjargin@mail.ru

Citation: Jargin S.V. Psychotherapy of generalized anxiety disorder. *Sibirskij nauchnyj medicinskij zhurnal = Siberian Scientific Medical Journal*. 2024;44(4):6–20. [In Russian]. doi: 10.18699/SSMJ20240401

Введение

Обзорная статья посвящена актуальной теме – психотерапии генерализованного тревожного расстройства (ГТР). Повышенную тревожность вызывают различные социальные и экономические факторы, которые могут служить причиной повышения частоты ГТР. Результаты систематических обзоров и метаанализов показали, что глобальная частота тревожных расстройств составляет около 7,3 % (4,8–10,9 %) [1]. Реальная распространенность, возможно, выше. Сообщалось, что тревожные расстройства возникают в течение жизни у 33,7 % жителей развитых стран. [2]. Отмечается рост заболеваемости, актуальность проблемы в настоящее время увеличивается [3]. В России заболеваемость тревожными и другими расстройствами невротического уровня недооценивалась [4]. ГТР обычно выявляют у молодых людей, около 2/3 составляют женщины. Данные по распространенности ГТР (болезненности) колеблются в разных публикациях от 1,6 до 9 % [5–8]. Оценки болезненности по критериям DSM-IV варьировали от 0,1 % в Нигерии до 6,2 % в Новой Зеландии [1]. В развитии ГТР играют роль наследственная предрасположенность с восприимчивостью к стрессовым и травмирующим ситуациям, а также экзогенные факторы: воспитание, травмы и конфликты, житейские проблемы и соматические заболевания. Отмечается высокая распространенность субклинических форм ГТР и коморбидности с другими тревожными, аффективными, аддиктивными расстройствами, а также соматическими заболеваниями. Коморбидность влияет на клиническую картину и диагностическую интерпретацию заболеваний; ее недоучет может отрицательно сказаться на лечении [9]. Применительно к тревожным состояниям наблюдается их клинический и терапевтический патоморфоз с развитием коморбидности. Например, депрессия как реакция на деморализующий опыт может быть вторичной по отношению к тревожному расстройству. Существует также гипотеза (континуальная модель) тревожно-депрессивных расстройств в рамках одного синдрома с общей патогенетической основой. Другие модели коморбидности представлены в монографии А.А. Овчинникова и соавт. [10]. Отмечается также коморбидность ГТР с пограничным расстройством личности, которая ухудшает прогноз. Согласно данным метаанализа, частота ГТР среди таких амбулаторных пациентов составила 30,6 % [11].

ГТР характеризуется длительной, плохо контролируемой тревогой и страхами по разным поводам: работа и заработок, здоровье семьи, личная безопасность. Пациенты часто испытывают

беспокойство по поводу возможных будущих событий. Способность к позитивным ассоциациям снижена, плохо распознаются сигналы безопасности. Больного преследуют навязчивые мысли на тему о личной или всеобщей катастрофе и низкая толерантность к неопределенности [7, 12–15]. Отмечается сходство патогенеза и некоторых клинических проявлений ГТР и социофобии [16, 17]. К неспецифическим симптомам ГТР относятся напряженность, утомляемость, недостаточная концентрация, бессонница, раздражительность и вегетативные нарушения. На фоне хронического течения возможны обострения вплоть до приступов паники. Заболеванию сопровождается ухудшением качества жизни и социальной адаптации, иногда с утратой трудоспособности. При длительном течении повышен риск депрессии, суицидального поведения и алкоголизма [7, 12, 14, 15]. Известно, что алкоголь подавляет страхи, которые возвращаются после протрезвления. Употребление алкоголя в условиях постоянной тревоги способствует развитию зависимости и не позволяет извлечь урок о том, что тревожность может снизиться сама по себе. В связи с этим не рекомендуется принимать алкоголь при экспозиционной терапии (см. ниже). Представляется разумной следующая рекомендация: если при ГТР или социофобии ощущается потребность в приеме алкоголя, лучше воздержаться или, по крайней мере, подождать, пока тревога снизится самопроизвольно [18].

Как правило, навязчивые мысли оформлены вербально, но воображение может рисовать катастрофические картины [19]. Пациенты высказывают проблемы и опасности, а затем размышляют об их предотвращении, уделяя повышенное внимание второстепенным вопросам. Они плохо переносят состояние неопределенности и недостаточно ориентируются в сложных ситуациях. Способы предотвращения опасностей часто неконструктивны, представляют собой наблюдение или мониторинг, что может усиливать страх. Например, они повторно звонят по телефону родственникам, о которых беспокоятся. Может наблюдаться отказ от просмотра новостей по телевидению. Чрезмерное беспокойство мешает решению повседневных вопросов, что, в свою очередь, усиливает беспокойство. Постоянное планирование на случай опасностей малоэффективно. Некоторые пациенты убеждены, что озабоченность помогает им предотвращать опасности. Размышления над опасностями способствуют негативным ассоциациям, предвидению катастрофы и подготовке к ней. Больные испытывают не столько страх, сколько перегруженность проблемами и беспокойством. Появляется боязнь

не справиться и потерять контроль. Содержание беспокойства при ГТР может быть реалистичным, однако характерны излишние опасения и трудности самоконтроля [20]. Больные склонны преувеличивать вероятность и серьезность неблагоприятных исходов [12], стремятся к избавлению от тягостных симптомов, но часто не намерены менять основные черты своей личности. Отметим также, что при наличии истерических черт возможна осознанная или неосознанная аггравация с целью привлечения внимания [21].

Обращаемость в психиатрическую службу пациентов с ГТР низкая, иногда с ними работают специалисты соматической сети, научно-исследовательских институтов или частных клиник [22]. Больные могут оказаться в поле зрения участковых терапевтов и врачей разных специальностей [14], которые должны направить их на консультацию. Тревожные расстройства диагностировали в России реже, чем в других развитых странах. Отмечалось, что в центре внимания советской психиатрии была фармакотерапия, тогда как реабилитации и психотерапии не уделялось достаточного внимания. Количество психотерапевтов было меньше, чем в других развитых странах [23, 24]. Сегодня положение меняется благодаря успехам психотерапии и разработке индивидуальных реабилитационных режимов.

Целью настоящего обзора было привлечь внимание к психотерапии как методу лечения ГТР, в особенности нетяжелых случаев без коморбидности. Обзор пришлось ограничить ввиду большого объема информации. Не менее актуальны вопросы терапии коморбидных состояний ввиду частых сочетаний ГТР с аффективными, аддиктивными и другими расстройствами [25–28]. Тревожные состояния при алкоголизме планируются в качестве темы следующей статьи. Забегая вперед, отметим, что для успеха терапии названного контингента особенно важна атмосфера доверия. Информация, которой делится больной, может быть связана с чувствами вины и стыда, которые должны приниматься без морализирования [29]. В особенности пожилые пациенты часто испытывают стыд и неохотно обращаются к психиатру [30]. У образованной молодежи (студентов) потребность в медико-психологической помощи часто связана с тревожно-депрессивными состояниями, психотравмой и уходом от проблем с помощью психоактивных веществ [31]. При сочетании алкоголизма и тревожности желательно исключить или уменьшить прием алкоголя, у многих пациентов после этого наступает улучшение. Отметим также, что тревожность является одним из проявлений абстинентного синдрома. Некоторые больные используют алкоголь и/или

анксиолитики в целях самолечения. Бензодиазепины эффективны при тревожности, связанной и не связанной с приемом алкоголя [28, 32]. Переходя к обзору литературы, нужно отметить приоритет Томской школы психиатрии и клинической психологии в обсуждаемой сфере и ряде смежных тем [10, 16, 17, 25, 26, 28, 30, 31, 33, 34].

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)

КПТ основана на сознательном регулировании поведения и эмоций [35]. Главная цель – идентифицировать неадекватные модели мышления и поведения, а затем изменить их на основе реалистического восприятия [12, 36–38]. КПТ аналогична некоторым методам, издавна применявшимся в отечественной психологии, их обзор представлен в монографии [16]. Мишенями КПТ являются чрезмерное беспокойство, низкая толерантность к неопределенности, отсутствие ориентации на решение проблем, когнитивные искажения и избегание [18, 36–38]. Цели КПТ включают осознание чрезмерного беспокойства, коррекцию неверных представлений и релаксацию [39]. КПТ использует логику, исправляет ошибки мышления, дает возможность по-новому взглянуть на проблемы, помогает в распознавании сигналов безопасности. Вместе с пациентом, добываясь его понимания, терапевт обсуждает проявления ГТР: озабоченность, избегание и перестраховку, «пораженческие» настроения, эмоциональные и вегетативные реакции, ищет ответы на вопрос, почему пациент находит больше проблем, чем другие люди. Он осознает, что тревогу вызывает не столько жизненная ситуация, сколько избыточная реакция на нее, понимает свою склонность преувеличивать угрозы, распознает «порочный круг тревоги»: поиск и усиленное восприятие опасностей увеличивают неуверенность и страх [40]. Посредством индуцированных фантазий и экспозиции *in vivo* проверяют пугающие образы на соответствие реальности и исправляют искажения. До сознания пациента доводят, что проблемой являются не столько сами угрозы, сколько их восприятие и размышление над ними (руминация) [41]. Больному предлагают найти как негативные, так и нейтральные объяснения ситуациям, воспринимаемым как опасные. Таким образом, производится тренировка объективного мышления. Пациент убеждается, что он способен логически мыслить, но не видит банальных объяснений жизненным трудностям и с помощью терапевта ищет пути к реалистическому видению мира с целью понять, где беспокойство адекватно, а где чрезмерно. Российские специалисты разработали протокол КПТ для ГТР, включающий

шесть модулей: 1) модуль, направленный на понимание причин и механизмов беспокойства, 2) осознание низкой толерантности к неопределенности, 3) пересмотр убеждений о пользе беспокойства, 4) тренинг решения проблем, 5) преодоление избегания, 6) профилактика рецидивов [20].

КПТ может проводиться индивидуально и в группах. Нередко отмечают преимущества индивидуальной терапии, однако групповой метод имеет плюсы: возможность учитывать опыт и учиться на ошибках других пациентов [18]. Обратная связь от членов группы способствует успеху терапии [42]. Работа в группе развивает навыки общения. Новые виды КПТ – «терапия принятия и ответственности», диалектическая поведенческая терапия, медитация осознанности – показали эффективность при лечении тревожных и панических состояний. КПТ позволяет добиться стойкого улучшения при ГТР; имеются доказательства, что данная методика – самая эффективная [7, 15, 19, 43, 44]. Однако обилие свидетельств в пользу эффективности КПТ отчасти объясняется возможностью в рамках научных исследований воспроизводить определенные техники. Другие методы психотерапии, имеющие на сегодняшний день меньшую доказательную базу, могут оказаться не менее эффективными, чем КПТ.

Метакогнитивная терапия (МКТ)

Метакогницию определяют как «мышление о мышлении» или «осознание осознания». МКТ нацелена не на само беспокойство, а на представления о беспокойстве и его причинах. Согласно концепции МКТ, беспокойство обусловлено не содержанием, а особенностями (стилем) мышления и способностью индивида его контролировать. Стили определяют как способы переработки информации с особенностями восприятия, анализа и оценки. Пример рассуждения в рамках негативного стиля: «Проблема не в том, что у меня возникают негативные суждения о себе, а в том, что я на них реагирую». КПТ (см. выше) направлена на «дисфункциональные убеждения», ошибочное видение себя и мира, на изменение содержания мыслей и коррекцию убеждений. Теория МКТ этому не противоречит, но фокус смещается с оценки аргументов на коррекцию метакогнитивных процессов и саморегуляцию [45]. Например, вместо вопроса «Где доказательства совершенной ошибки?» ставится вопрос: «Какая польза от беспокойства об ошибке?» [46]. У клиента культивируют «безоценочную осознанность» с наблюдением за своими мыслями; развивают навыки прерывания руминации, переключения внимания с негативных тем на нейтральные

и положительные [45, 47]. В ходе МКТ меняется не столько содержание, сколько паттерны (стереотипы) мышления. При ГТР терапия корректирует как позитивные стереотипы («Беспокойство помогает справиться с проблемами; если я буду беспокоиться, я буду готов»), так и негативные («Я не контролирую свои мысли; беспокойство меня разрушает (беспокойство о беспокойстве)») [45]. Описаны разнообразные техники МКТ, ряд исследований подтвердил их эффективность при ГТР [45, 46, 48]. Отечественные специалисты разработали метакогнитивные стратегии для социального тревожного расстройства и других нарушений тревожно-депрессивного спектра [15]. В России когнитивные стили исследует проф. М.А. Холодная [34, 49].

Экспозиционная терапия

Когнитивные и экспозиционные методы можно сочетать; экспозиция иногда трактуется как составная часть КПТ [14, 18]. Она противоположна избеганию, заставляет покинуть зону комфорта и проверить обоснованность страхов. Целью служит десенсибилизация, т.е. тренировка переносимости страха и сопутствующих эмоциональных состояний [41]. Экспозиции планируют «от простого к сложному» и проводят достаточно часто. Улучшения поддерживают с помощью повторных сеансов. При этом терапия не должна заставлять делать что-либо опасное или вредное. Неожиданная или чрезмерная экспозиция может усилить страхи [18]. Пациент должен понимать, что целью терапии является не столько решение насущных вопросов, сколько противодействие излишней озабоченности, которая не должна влиять на принятие решений. Обдумывать проблемы следует только в случае надобности при наличии конкретной темы. Пугающая информация подвергается обработке с использованием внутренних диалогов, упражнений по целенаправленному восприятию и экспозиции с запретом реагирования. Трудности могут быть связаны со скрытым избеганием (отвлечение, алкоголь, чрезмерное защитное поведение): нужно следить, чтобы пациент не уклонялся от вызывающих страхи раздражителей и выполнял «домашние задания» по экспозиции.

Различают следующие виды экспозиции: воображаемая (*imaginal*) и «живая» (*in vivo*), экспозиция пугающим ощущениям и социальным ситуациям, постепенная и быстрая. При воображаемой экспозиции пациента инструктируют продумать до наихудшего исхода и образно изложить содержание навязчивых мыслей [41]. Применяется методика *cognitive rehearsal* (когнитив-

ная репетиция): пациент мысленно переживает ситуации, вызывающие тревогу, репетирует адекватное, свободное от страха поведение, повторяет речевки или «мантры» позитивного содержания [50]. Используется также виртуальная экспозиция с компьютерной имитацией пугающих ситуаций. Типичные вопросы, задаваемые при этом пациенту: «Что может случиться? Чего конкретно вы боитесь?» По возможности, предпочтительна экспозиция *in vivo*. Промежуточное положение между воображаемой и живой экспозицией занимают ролевые игры.

Симптоматическая (интероцептивная) экспозиция – это конфронтация пациента с вызывающими чрезмерный дискомфорт ощущениями: сердцебиение, потливость, покраснение, тремор. В ходе терапии пациент осознает, что эти состояния не опасны, тревожность снижается. Ситуационная экспозиция подразумевает десенсибилизацию к вызывающим ее местам и ситуациям [18]. Например, эффективным средством против социофобии являются преподавание и руководство коллективом *in vivo* или в виде ролевых игр. Экспозиционная терапия эффективна, но требует решительности. В некотором смысле ее аналогом может быть военная служба, где выполнение гражданского долга сочетается с экспозицией различным нагрузкам и развитием адаптации. При неврозах отмечено благотворное действие военной службы [51].

Психодинамическая терапия и психоанализ

ГТР относится к расстройствам невротического уровня. Для лечения неврозов в мировой практике издавна применялся психоанализ. При тревожных расстройствах в случае неэффективности КПТ рекомендуют психодинамическую терапию на основе модернизированного психоанализа [52, 53]. Применение классического психоанализа ограничено ввиду больших затрат времени. Для современных методов характерен более активный стиль с прояснением искажений и пропусков в получаемой от пациента информации [36, 52]. Терапевт находит основные эмоциональные переживания, отражающиеся в жалобах, вербальной и невербальной коммуникации, ищет связь с вытесненными в подсознание конфликтами [52]. Доказательства эффективности психодинамической терапии тревожных расстройств в целом менее убедительны, чем для КПТ [43, 44]. Кататимно-имагинативная психотерапия (*guided imagery*, символдрама) имеет корни в психоанализе, метод акцентирован на переживании образов. Роль терапевта включает поддержку, помощь в понимании и интерпретации, но не моральные оценки. Личностно-ориентированная (рекон-

структивная) психотерапия рассматривается как вариант психодинамической терапии: коррекция нарушений на основе всестороннего изучения личности, особенностей реагирования, отношений, мотиваций и потребностей. Механизмы действия включают конфронтацию с проблемами и конфликтами, корригирующий эмоциональный опыт и реализацию адекватных поведенческих стереотипов [15].

Психоанализ нацелен на изучение бессознательного путем свободных ассоциаций, катарсиса, анализа фантазий, снов и ошибочных действий (оговорок, забываний). Чтобы понять бессознательные мысли и эмоции, их вербализуют. Добиваются понимания исходящих из детства когнитивных и аффективных процессов, вытесненных в подсознание конфликтов, которые вызывают тревогу, депрессию, другие невротические и соматические симптомы [53, 54]. Обсуждение этих конфликтов, их неактуальности для сегодняшнего дня должно вести к излечению. Углубление самопонимания (инсайт), осознание заблокированного (вытесненного) материала ассоциировано с положительным эффектом терапии [55]. Инсайт занимает центральное место в психоанализе, но участвует также в других видах терапии, например, КПТ. Нужно отметить, что перевод воспоминаний из подсознания в сознание нередко провоцирует стыд [42], который становится травмирующим фактором. Как правило, стыд лучше принять, чем пытаться разубедить пациента. Стыд, проявленный в безопасной обстановке, снижает свою интенсивность [29]. Не всегда ясно, нужно ли сразу идти по пути раскрытия бессознательного, которое может оказаться травмирующим. Вместо этого используют поддерживающие методики, направленные на облегчение симптомов. Раскрытие и поддержка не исключают друг друга и могут применяться попеременно [56, 57].

Выявляя детские травмы и конфликты, психоанализ может способствовать профилактике жестокого обращения с детьми. Однако некоторые психоаналитики представляли соответствующие воспоминания как фантазии [46]. Зигмунд Фрейд и его последователи не стремились выявлять и реконструировать сексуальные посягательства [58, 59]. Дети, как и взрослые, обычно отличают реальность от фантазий. Настаивать на том, что их воспоминания есть плоды воображения, значит дезориентировать клиентов, подрывать их самооценку [58].

Интерперсональная психотерапия (ИПТ)

Целью ИПТ служат конструктивные изменения в межличностной сфере. Положительный

эффект достигается посредством осознания и коррекции неадекватных межличностных отношений, эмоциональных и поведенческих стереотипов. Терапия фокусируется на межличностном аспекте эмоций пациента, а также на том, как он или она может их корригировать и использовать для улучшения качества жизни. Терапевт содействует пониманию пациентом своих проблем и их решению. Клиент получает представление о своей роли в конфликтных ситуациях, учится избегать конфликтов путем корректировки поведения и неадекватных реакций. Межличностные проблемы анализируют на групповых занятиях; разыгрывают сценки, которые потом обсуждают. Применяют также техники КПТ и других видов терапии. Отметим, что ИПТ использует более интегративный подход, чем КПТ, работая с эмоциями и апеллируя к личности как к целому. Под действием терапии пациент меняет шаблоны дизадаптивного социального взаимодействия, более эффективно функционирует в социальной среде, осознает, что социальная дезадаптация – это излечимое нарушение, а не часть его личности [60]. В результате повышается самооценка, появляется уверенность в себе.

Мишенями ИПТ при тревожных расстройствах служат избегающее поведение с утратой социальных связей, недостаточность навыков коммуникации, симптомы социальной фобии. Под действием терапии межличностные конфликты утрачивают свой центральный характер и сглаживаются, пациент выходит из изоляции, создаются условия для адекватной самооценки [61]. В частности, ИПТ помогает поддерживать контакты в условиях эмоциональной нестабильности. Используется психодрама: ролевая игра со спонтанным выражением эмоций, ведущим к катарсису и инсайту. Предложен алгоритм краткосрочной групповой ИПТ для тревожных расстройств [15]. Одна из конечных целей – улучшение социальной адаптации. Получены данные в пользу эффективности ИПТ при тревожных расстройствах, хотя исследований на данную тему немного [60, 62]. Имеются перспективы дальнейшего развития ИПТ и ее адаптации к ГТР. Применение элементов ИПТ в рамках КПТ не дало преимуществ [63, 64], однако информация недостаточна, нужны дальнейшие исследования.

Схема-терапия

Схема-терапия – интегративный метод, сочетающий в себе элементы КПТ, ИПТ, психодинамической и других видов терапии, направленный на идентификацию и коррекцию неоптимальных схем и уязвимых моделей поведения [65]. Ключевыми концепциями являются схема и режим.

Схема представляет собой устойчивую характеристику, которая определяется чертами характера данной личности [66]. Схемы могут сохраняться всю жизнь, сопровождаясь привычными способами мышления и поведения. В соответствии со схемами фильтруется информация, принимаются решения. Схемы формализуют и упрощают психологические процессы, но могут вести к неадекватным стереотипам – автоматическим мыслям, реакциям и привычкам [61, 67]. Дисфункциональные схемы возникают, например, если не удовлетворены потребности в привязанностях, личной независимости, свободе выражения эмоций. Они могут включать стойкие негативные представления о себе, других лицах и обществе [67–69].

Одной из целей разработки схема-терапии была помощь пациентам, которым не помогла КПТ [70]. В отличие от КПТ, в центре внимания схема-терапии находятся сформировавшиеся в раннем возрасте неадекватные стереотипы реагирования (копинга) [71]. Дезадаптивные схемы и копинг-стили (стратегии, стереотипы поведения) иногда формируются под действием запугивания и насилия. Например, при жестоком обращении с детьми развиваются схемы «недоверие/ожидание наказания» или «дефективность/стыд» [72]. К дизадаптивным копинг-стилям относятся капитуляция (подчинение), избегание и гиперкомпенсация (превращение жертвы в насильника) [66, 67].

Режимом называют стереотип поведения и эмоций, который преобладает в определенном промежутке времени и может приводить к одним и тем же проблемам. Дисфункциональный режим возникает в результате активации дизадаптивной схемы с последующим неадекватным реагированием [67]. Примеры режимов, описываемых в рамках схема-терапии: дисфункциональный родитель, уязвимый ребенок, здоровый взрослый, довольный ребенок (happy child). Предложены методики, направленные на изменение режимов. Используется техника «стульев»: пациент в определенном (нежелательном) режиме занимает соответствующий стул, после чего к нему обращается терапевт со стула «здорового взрослого» [61]; или пациент в роли перфекциониста беседует с более расслабленной частью своей же личности [70]. Тренировка осознанности помогает избавиться от стереотипного реагирования, вести себя более свободно [14]. Психотерапевтическому альянсу способствуют «замещающее родительство» и «эмпатическая конфронтация» (empathic confrontation) [65, 66, 71]. Под контролем терапевта используются ролевые упражнения, психодрама с воспроизведением событий

прошлого, тренировка осознанного поведения, отслеживание автоматических реакций и установление над ними контроля, коррекция неадекватных мыслей и поведения. Терапевт может брать на себя роль здорового взрослого или родителя (репарентинг). Схема-терапия часто фокусируется на проблемных эмоциях (например, на неприязни к самому себе) и терапевтических отношениях, которые служат безопасным пространством, где пациент не скрывает негативных эмоций, испытывает новые модели поведения, меняет стереотипы межличностных отношений и прекращает использование дизадаптивных схем. Позже ставится задача освоения здоровых, зрелых форм поведения [66, 70].

В ходе терапии пациенты учатся нарушать дизадаптивные схемы, рационально реагировать на внешние раздражители и собственные эмоции. Психолог помогает уяснять подлинные потребности, удовлетворять их адекватным образом, а также исправлять порочные стереотипы. Терапия помогает сформировать и укрепить режимы «здоровый взрослый» или «довольный ребенок» [69, 70]. Доказана эффективность схема-терапии при тревожных расстройствах, вместе с тем отмечается, что доказательств высокого качественного уровня пока мало и требуются дальнейшие исследования [69].

Удаленная психотерапия

Новые перспективы открывает удаленная терапия (Internet-based psychological intervention); в частности, КПТ и ИПТ были приспособлены к применению онлайн. Подтверждена эффективность удаленной терапии тревожных и депрессивных расстройств [60, 73–76]. Психодинамическая терапия с успехом применялась онлайн при тревожных расстройствах [77]. Интернет-консультирование может использоваться изолированно или как дополнение к обычной психотерапии. Сравнения удаленной и очной терапии показали близкий уровень эффективности при социальной фобии и страхе публичных выступлений [78–80]. При очной КПТ пациенты чаще досрочно прекращали лечение, чем при удаленной [80]. Стоимость терапии онлайн меньше, она имеет преимущество в условиях пандемии. Очевидно, что конфиденциальность может нарушиться, если пациент посещает клинику, где его могут увидеть знакомые. При удаленной терапии клиент может пользоваться анонимным адресом. Для терапевтов облегчена взаимозаменяемость и возможность проведения групповых сеансов [64]. Некоторые методики напоминают обучение онлайн без непосредственного участия терапев-

та [74, 81]. Компьютеры позволяют сохранять записи. Программное обеспечение можно адаптировать для массового использования [82]. Недостатком является ограничение возможностей диагностики, в частности, оценки суицидальных и социально опасных наклонностей. Отсутствие личного контакта препятствует изучению реакций пациента, жестов и интонаций [73, 82]. Однако эмпатия при дистанционном общении страдает не всегда. При очном контакте больной иногда «закрывается». Напротив, в условиях анонимности многие проявляют открытость. Наконец, при интернет-консультировании труднее исключить шарлатанство. Необходим механизм проверки идентичности консультанта, сертификатов и дипломов [82]. Во всяком случае, диагноз должен ставиться специалистом по результатам обследования в условиях личного контакта.

Другие виды терапии

Используются методики, повышающие переносимость неопределенности (tolerance of uncertainty), в особенности при ГТР [13, 83]. У части пациентов отмечен положительный эффект от терапии на основе осознанности (mindfulness-based interventions; mindfulness-based cognitive therapy). Методика иногда рассматривается в рамках КПТ, она с успехом применялась онлайн [84]. Внимание пациента обращают на реальность (в том числе на свои мысли, эмоции и ощущения), содействуют улучшению эмоционального фона, принятию собственных переживаний и окружающей действительности с открытостью и любопытством. Негативные мысли и чувства воспринимаются без оценок [85, 86]. Медитация с концентрированием на текущих переживаниях (mindfulness) позволяет отстраненно наблюдать негативные мысли (в соответствии с концепцией МКТ) [47]. Применяют также различные методы релаксации [87]. При этом необходимо учитывать, что тревожные пациенты иногда воспринимают релаксацию как утрату контроля; тревога при этом может усиливаться [82]. Рекомендуется выполнять упражнения по релаксации с открытыми глазами. Вышеназванные методики иногда рассматриваются в рамках КПТ.

В целях развития социальной компетенции и навыков преодоления трудностей применяются различные методы тренировки решения проблем (solution-focused therapy, task-centered approach). Возможна работа онлайн [82]. Клиентов инструктируют делить проблемы на отдельные шаги, а затем находить решения для каждого шага. В жизни часто приходится действовать в условиях недостатка времени. Соответственно, тренинг вклю-

чает управление временем (тайм-менеджмент), определение приоритетов и последовательности выполнения задач, а также укрепление уверенности в себе. Целью служит выработка навыков решения проблем вместо озабоченности и раздумий по поводу их решаемости. В трудных случаях пациенту помогает избирательное абстрагирование от жизненных трудностей без потери контроля и перспективы [7, 19]. Как отмечалось, терапия должна быть концентрирована не на решении жизненных проблем, а на их восприятии пациентом. Однако практическая помощь, например в трудоустройстве, имеет большое значение и может улучшить состояние пациента. Поддерживающая психосоциальная терапия [28] имеет большое значение, поскольку качество жизни при психических расстройствах нередко остается низким даже после успешного лечения [88]. Одна из целей психосоциальной терапии – подкрепление собственных инициатив, способствующих здоровью и социальной адаптации [28].

Ввиду возрастания роли религии нужно также упомянуть программы поддержки пациентов с участием священнослужителей и пастырского сопровождения. Религиозные копинг-стратегии способствуют эмоциональному комфорту, успокоению, примирению и снижению уровня тревожности [89]. Подтверждено положительное влияние религиозности при депрессии и суицидальных наклонностях [90]. У пациентов с религиозным мировоззрением сотрудничество психиатра (психотерапевта) и священнослужителя повышает эффективность терапии [91].

Фармакотерапия часто показана при сочетаниях ГТР с аффективными, аддиктивными и другими расстройствами [25–28]. В некоторых публикациях психотерапия рассматривается как основной метод лечения ГТР вне обострений при отсутствии коморбидности [7]. Относительно легкие случаи ГТР нередко остаются без диагноза и лечения, тогда как психотерапия могла бы помочь [92, 93]. Тревожные расстройства диагностировали в России реже, чем в других развитых странах; количество психотерапевтов было меньше [23, 24]. Сегодня положение меняется благодаря успехам клинической психологии и разработке реабилитационных программ. Отмечено, что в долгосрочной перспективе при тревожных расстройствах КПТ эффективнее фармакотерапии и лишена ее побочных эффектов [18]. Приоритет психотерапии по сравнению медикаментозным лечением отмечен при социофобии [94]. Согласно другим рекомендациям, вопрос о назначении фармако- и психотерапии или их комбинации должен рассматриваться одновременно; при этом отмечается высокая эффективность комби-

нированной терапии [43, 85]. У пожилых пациентов фармакотерапия нередко эффективнее, чем у молодых, однако нужно уделять особое внимание побочным эффектам и противопоказаниям [43, 95]. Некоторые больные используют анксиолитики подобно алкоголю, чтобы уйти от жизненных проблем [96]. С одной стороны, психотерапия занимает относительно много времени, с другой стороны, лекарственные препараты вызывают побочные эффекты. Очевидно, что необходим индивидуальный подход. Согласно Рекомендациям Российского общества психиатров оптимальным является сочетание названных методов: «Пациентам с ГТР в качестве основной терапевтической стратегии с целью повышения эффективности лечения рекомендована комбинация психофармакотерапии и психотерапии». Выбор терапии, соотношение фармако- и психотерапии зависят от симптоматики, этапа лечения, особенностей личности, установок пациента, ресурсов и возможностей [27]. В Рекомендациях перечисляются общие противопоказания к психотерапии: страх перед самораскрытием, преобладание отрицания как защитного механизма, недостаточная мотивация, низкая интерперсональная сенситивность, выраженный негативизм, ригидность и др. [39, 94].

Заключение

Психотерапия служит эффективным методом лечения многих расстройств невротического уровня, в том числе ГТР. Целью настоящего обзора было привлечь внимание к психотерапии как методу лечения ГТР, в особенности нетяжелых случаев без коморбидности. Часто наблюдаемая коморбидность должна стать темой отдельного обзора (см. Введение). При ГТР психотерапия служит цели эффективного и стойкого снижения тревоги, обучению релаксации и коррекции иррациональных установок.

Список литературы

1. Stein D.J., Scott K.M., de Jonge P., Kessler R.C. Epidemiology of anxiety disorders: from surveys to nosology and back. *Dialogues Clin. Neurosci.* 2017;19(2):127–136. doi: 10.31887/DCNS.2017.19.2/dstein
2. Сиволап Ю.П. Систематика и лечение тревожных расстройств. *Ж. неврол. и психиатрии.* 2020;120(7):121–127. doi: 10.17116/jnevro2020120071121
3. Васенина Е.Е. Гендерные особенности тревожных расстройств. *Ж. неврол. и психиатрии.* 2023;123(10):48–53. doi: 10.17116/jnevro202312310148
4. Mosolov S.N., Martynikhin I.A., Syunyakov T.S., Galankin T.L., Neznanov N.G. Incidence of the diagnosis of anxiety disorders in the Russian Federation:

results of a web-based survey of psychiatrists. *Neurol. Ther.* 2021;10(2):971–984. doi: 10.1007/s40120-021-00277-w

5. Вознесенская Т.Г. Генерализованное тревожное расстройство: дифференциальный диагноз и лечение. *Неврол., нейропсихиатрия, психосоматика.* 2013;(2):18–22.

6. Мосолов С.Н., Алфимов П.В. Алгоритм биологической терапии генерализованного тревожного расстройства. *Современная терапия психических расстройств.* 2015;(2):24–28.

7. Linden M. Generalisierte Angststörung. In: *Psychotherapie: Praxis. Verhaltenstherapiemanual—Erwachsene.* Berlin: Springer, 2022. P. 525–529. doi: 10.1007/978-3-662-62298-8_86

8. Vrublevska J., Renemane L., Kivite-Urtane A., Rancans E. Validation of the generalized anxiety disorder scales (GAD-7 and GAD-2) in primary care settings in Latvia. *Front. Psychiatry.* 2022;13:972628. doi: 10.3389/fpsy.2022.972628

9. Feinstein A.R. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *J. Chronic Dis.* 1970;23(7):455–468. doi: 10.1016/0021-9681(70)90054-8

10. Овчинников А.А., Аксенов М.М., Латыпова О.В. Комплексный патоморфоз невротических тревожно-депрессивных расстройств. Томск: Иван Федоров, 2011. 169 с.

11. Qadeer Shah A., Prasad D., Caropreso L., Frey B.N., de Azevedo Cardoso T. The comorbidity between Borderline Personality Disorder (BPD) and Generalized Anxiety Disorder (GAD): A systematic review and meta-analysis. *J. Psychiatr. Res.* 2023;164:304–314. doi: 10.1016/j.jpsychires.2023.06.009

12. Робишо М., Дюга М.Ж. Генерализованное тревожное расстройство: когнитивно-поведенческая терапия для преодоления неуверенности, беспокойства и страха. М.: Диалектика, 2021. 288 с.

13. Boswell J.F., Thompson-Hollands J., Farchione T.J., Barlow D.H. Intolerance of uncertainty: a common factor in the treatment of emotional disorders. *J. Clin. Psychol.* 2013;69(6):630–645. doi: 10.1002/jclp.21965

14. Вельтищев Д.Ю. Диагностика и лечение генерализованного тревожного расстройства. *Соврем. терапия психических расстройств.* 2018;(3):26–37.

15. Караваева Т.А., Васильева А.В., Полторак С.В. Принципы и алгоритмы психотерапии тревожных расстройств невротического уровня (тревно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств). *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева.* 2016;(4):42–51.

16. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Когнитивно-бихевиоральная терапия социофобии и тревожно-депрессивных расстройств. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2009. 206 с.

17. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Метакогнитивные стратегии регуляции при социальном тревожном расстройстве. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2014. 210 с.

18. Энтони М., Свинсон Р. Преодоление застенчивости и социальной тревожности. Практическое руководство. М.: Диалектика, 2021. 362 с.

19. Бек А.Т., Эмери Г. Тревожные расстройства и фобии. М.: Диалектика, 2022. 432 с.

20. Холмогорова А.Б. Когнитивно-бихевиоральные модели и методы лечения генерализованного тревожного расстройства. *Соврем. терапия психических расстройств.* 2014;(1):19–24.

21. Рикрофт Ч. Тревога и неврозы. М.: Пер Сэ, 2010. 142 с.

22. Мартынихин И.А., Незнанов Н.Г. Особенности диагностики генерализованного тревожного расстройства российскими психиатрами: результаты исследования с использованием оценки кратких клинических описаний. *Соврем. терапия психических расстройств.* 2018;(4):51–59.

23. Havenaar J.M., Meijler-Iljina L., van den Bout J., Melnikov A.V. Psychotherapy in Russia. Historical backgrounds and current practice. *Am. J. Psychother.* 1998;52(4):501–513. doi: 10.1176/appi.psychotherapy.1998.52.4.501

24. Jenkins R., McDavid D., Nikiforov A., Potasheva A., Watkins J., Lancashire S., Samyshkin Y., Huxley P., Atun R. Mental health care reforms in Europe: Rehabilitation and social inclusion of people with mental illness in Russia. *Psychiatr. Serv.* 2010;61(3):222–224. doi: 10.1176/ps.2010.61.3.222

25. Рощина О.В., Розин А.И., Счастный Е.Д., Бохан Н.А. Клиническое значение коморбидности аффективных расстройств и алкогольной зависимости. *Бюл. суб. мед.* 2019;18(4):110–118. doi: 10.20538/1682-0363-2019-4-110-118

26. Mednova I.A., Levchuk L.A., Boiko A.S., Roschina O.V., Simutkin G.G., Bokhan N.A., Loonen A.J.M., Ivanova S.A. Cytokine level in patients with mood disorder, alcohol use disorder and their comorbidity. *World J. Biol. Psychiatry.* 2023;24(3):243–253. doi: 10.1080/15622975.2022.2095439

27. Ott C.A. Treatment of anxiety disorders in patients with comorbid bipolar disorder. *Ment. Health Clin.* 2018;8(6):256–263. doi: 10.9740/mhc.2018.11.256

28. Бохан Н.А., Семке В.Я. Коморбидность в наркологии. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2009. 498 с.

29. Поттер-Эфрон Р.Т. Стыд, вина и алкоголизм: клиническая практика. М.: ИОИ, 2014. 240 с.

30. Бохан Н.А., Кривулин Е.Н., Мингазов А.Х. Алкогольная зависимость у лиц позднего возраста. Томск: Иван Федоров, 2013. 260 с.

31. Бохан Н.А., Мандель А.И., Иванова С.А., Прокопьева В.Д., Артемьев И.А., Невидимова Т.И., Мастерова Е.И., Воеводин И.В., Аболонин А.Ф., Шушпанова Т.В. Старые и новые проблемы

- наркологии в контексте междисциплинарных исследований. *Вопр. наркологии*. 2017;(1):26–62.
32. Reis R.K. Alcoholism and anxiety. In: *Anxiety: new findings for the clinician*. Ed. P.P. Roy-Byrne. Washington: American Psychiatric Press, 1989. 123–146.
33. Бохан Т.Г., Стоянова И.Я., Ульянич А.Л., Шабаловская М.В., Скавинская Е.Н., Кузин А.Ю., Терехина О.В., Боженкова К.А. Психологическое консультирование в социальных практиках психологической помощи. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2019. 164 с.
34. Холодная М.А. Интегральные структуры понятийного мышления. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1983. 190 с.
35. Уэлш Е. Панические атаки и где они обитают: практикум, как побороть тревожное расстройство. М.: АСТ, 2020. 192 с.
36. Кузенко С.С. Эволюция психотерапии. Краснодар: Экоинвест, 2020. 120 с.
37. Райт Д.Х., Браун Г.К., Тейз М.Э., Рамирес Баско М. Когнитивно-поведенческая терапия: основные принципы. М.: Диалектика, 2022. 384 с.
38. Робишо М., Кёрнер К., Дюга М.Ж. Когнитивно-поведенческая терапия генерализованного тревожного расстройства: от науки к практике. М.: Диалектика, 2022. 352 с.
39. Российское общество психиатров. Генерализованное тревожное расстройство. Клинические рекомендации. М., 2019. 84 с. Режим доступа: <https://psychiatr.ru/news/1036>
40. Саякин В.Ю. Специфика когнитивно-бихевиорального подхода к проблеме генерализованного тревожного расстройства. *Высшее образование сегодня*. 2018;(6):55–57. doi: 10.25586/RNU.NET.18.06.P.55
41. Кларк Д.А., Бек А.Т. Тревога и беспокойство. М.: Диалектика, 2020. 384 с.
42. Кабанис Д.Л., Черри С., Дуглас К. Дж., Шварц А. Психодинамическая психотерапия: клиническое руководство. М.: Диалектика, 2023. 560 с.
43. Bandelow V., Werner A.M., Kopp I., Rudolf S., Wiltink J., Beutel M.E. The German guidelines for the treatment of anxiety disorders: first revision. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2022;272(4):571–582. doi: 10.1007/s00406-021-01324-1
44. Erickson T.M., Newman M.G. Cognitive behavioral psychotherapy for generalized anxiety disorder: a primer. *Expert Rev. Neurother.* 2005;5(2):247–257. doi: 10.1586/14737175.5.2.247
45. Уэллс А. Метакогнитивная терапия тревоги и депрессии. М.: Диалектика, 2021. 432 с.
46. van den Heiden C. Metacognitions in generalized anxiety disorder: theoretical and practical perspectives. *Expert Rev. Neurother.* 2013;13(2):135–141. doi: 10.1586/ern.12.161
47. Carcione A., Nicolo G., Semerari A. Complex cases of personality disorders: Metacognitive interpersonal therapy. Springer Nature Switzerland AG, 2021. doi: 10.1007/978-3-030-70455-1
48. McEvoy P.M. Metacognitive therapy for anxiety disorders: a review of recent advances and future research directions. *Curr. Psychiatry Rep.* 2019;21(5):29. doi: 10.1007/s11920-019-1014-3
49. Холодная М.А. Когнитивные стили. О природе индивидуального ума. СПб.: Питер, 2004. 384 с.
50. Риггенбах Д. Практическая когнитивно-поведенческая терапия: 185 инструментов для управления тревогой, депрессией, гневом, поведенческими моделями и стрессом. М.: Диалектика, 2022. 448 с.
51. Вертгейм И.А. Опыт лечения неврозов в воинской части. *Воен.-мед. ж.* 1960;(4):51–54.
52. Короленко Ц.П., Шпикс Т.А., Турчанинова И.В. Психодинамическая психиатрия и аддиктология. Новосибирск: Немо Пресс, 2020. 459 с.
53. Урсано Р., Сонненберг С., Лазар С. Практическое руководство по психодинамической психотерапии. М.: Ин-т общегуманитарных исследований, 2018. 180 с.
54. Румянцева Т.В. Психодинамические основы психологического консультирования. М.: МСГИ, 2011. 50 с.
55. Румянцева Т.В. Психодинамический подход в практике кризисного консультирования. Ярославль: ЯрГУ, 2009. 127 с.
56. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., Перевозкина Ю.М. Психодинамическая психотерапия девиантного поведения. Новосибирск: НГПУ, 2015. 375 с.
57. Бейли Р.Дж., Оггс Б.М. Общие факторы эффективной психотерапии: комплексный подход к лечению. М.: Диалектика, 2024. 304 с.
58. Rush F. The best kept secret: Sexual abuse of children. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1980. 238 p.
59. Вебстер Р. Почему Фрейд был неправ? История ошибки, породившей психоанализ. М.: АСТ, 2013. 736 с.
60. Вайсман М.М., Марковиц Д.К., Клерман Д.Л. Руководство о интерперсональной психотерапии. М.: Диалектика, 2022. 384 с.
61. ван Фресвейк М., Броесен Дж., Гер Шуринк Г. Осознанность и схема-терапия: практическое руководство. М.: Научный мир, 2021. 240 с.
62. Markowitz J.C., Lipsitz J., Milrod B.L. Critical review of outcome research on interpersonal psychotherapy for anxiety disorders. *Depress. Anxiety.* 2014;31(4):316–325. doi: 10.1002/da.22238
63. Newman M.G., Castonguay L.G., Borkovec T.D., Fisher A.J., Boswell J.F., Szkodny L.E., Nordberg S.S. A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integrated techniques from emotion-focused

and interpersonal therapies. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2011;79(2):171–181. doi: 10.1037/a0022489

64. Rezvan S., Baghban I., Bahrami F., Abedi M. A comparison of cognitive-behavior therapy with interpersonal and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Couns. Psychol. Q.* 2008;21(4):309–321. doi: 10.1080/09515070802602096

65. Джейкоб Г., ван Гендерен Х., Сиббауэр Л. Разрушение паттернов негативного мышления: самопомощь и поддержка в схема-терапии. М.: Научный мир, 2019. 208 с.

66. Рафаэли Э., Бернштейн Д.Ф., Янг Дж. Схема-терапия: отличительные особенности. М.: Диалектика, 2021. 192 с.

67. Луз К., Грааф П., Зарбок Г., Холт Р.А. Схема-терапия для детей и подростков: практическое руководство. М.: Диалектика, 2021. 544 с.

68. Арнц А., ван Гендерен Х. Схема-терапия пограничного расстройства личности. М.: Диалектика, 2021. 352 с.

69. Taylor C.D.J., Bee P., Haddock G. Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychol. Psychother.* 2017;90(3):456–479. doi: 10.1111/papt.12112

70. Арнтц А., Якоб Г. Практическое руководство по схема-терапии. М.: Научный мир, 2016. 320 с.

71. Хис Дж., Стартап Х. Креативные методы в схема-терапии: передовые достижения и инновации в клинической практике. М.: Научный мир, 2021. 568 с.

72. Симпсон С., Смит Э. Схема-терапия в лечении расстройств пищевого поведения: теория и практика в индивидуальном и групповом формате. М.: Диалектика, 2022. 432 с.

73. Меновщиков В.Ю. Психологическое консультирование и психотерапия в Интернете. М.: Смысл, 2015. 423 с.

74. Klein A., Wolters N.E., Bol E.J.M., Koelen J., de Koning L., Roetink S.S.M., van Blom J.J., Pronk T., van der Heijde C., Salemink E., ... Wiers R.W. Online computer or therapist-guided cognitive behavioral therapy in university students with anxiety and/or depression: study protocol of a randomised controlled trial. *BMJ Open.* 2021;11(11):e049554. doi: 10.1136/bmjopen-2021-049554

75. Emmelkamp P.M.G., Meyerbröcker K. Virtual reality therapy in mental health. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2021;17:495–519. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-081219-115923

76. Wiebe A., Kannen K., Selaskowski B., Mehren A., Thöne A.K., Pramme L., Blumenthal N., Li M., Asché L., Jonas S., ... Braun N. Virtual reality in the diagnostic and therapy for mental disorders: A systematic review. *Clin. Psychol. Rev.* 2022;98:102213. doi: 10.1016/j.cpr.2022.102213

77. Johansson R., Björklund M., Hornborg C., Karlsson S., Hesser H., Ljótsson B., Rousseau A., Frederick R.J., Andersson G. Affect-focused psychodynam-

ic psychotherapy for depression and anxiety through the Internet: a randomized controlled trial. *Peer J.* 2013;1:e102. doi: 10.7717/peerj.102

78. Anderson P.L., Price M., Edwards S.M., Obasaju M.A., Schmertz S.K., Zimand E., Calamaras M.R. Virtual reality exposure therapy for social anxiety disorder: a randomized controlled trial. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2013;81(5):751–760. doi: 10.1037/a0033559

79. Oing T., Prescott J. Implementations of virtual reality for anxiety-related disorders: Systematic review. *JMIR Serious Games.* 2018;6(4):e10965. doi: 10.2196/10965

80. Wallach H.S., Safir M.P., Bar-Zvi M. Virtual reality cognitive behavior therapy for public speaking anxiety: a randomized clinical trial. *Behav. Modif.* 2009;33(3):314–338. doi: 10.1177/0145445509331926

81. Andersson G., Carlbring P., Titov N., Lindfors N. Internet interventions for adults with anxiety and mood disorders: a narrative umbrella review of recent meta-analyses. *Can. J. Psychiatry.* 2019;64(7):465–470. doi: 10.1177/0706743719839381

82. Bandelow B., Michaelis S., Wedekind D. Treatment of anxiety disorders. *Dialogues Clin. Neurosci.* 2017;19(2):93–107. doi: 10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow

83. Miller M.L., McGuire J.F. Targeting intolerance of uncertainty in treatment: A meta-analysis of therapeutic effects, treatment moderators, and underlying mechanisms. *J. Affect. Disord.* 2023;341:283–295. doi: 10.1016/j.jad.2023.08.132

84. Boettcher J., Åström V., Pålsson D., Schenström O., Andersson G., Carlbring P. Internet-based mindfulness treatment for anxiety disorders: a randomized controlled trial. *Behav. Ther.* 2014;45(2):241–253. doi: 10.1016/j.beth.2013.11.003

85. Ferreira-Garcia R., Costa M.A., Gonçalves F.G., de Nonohay R.G., Nardi A.E., Freire R.C.D.R., Manfro G.G. Heart rate variability: A biomarker of selective response to mindfulness-based treatment versus fluoxetine in generalized anxiety disorder. *J. Affect. Disord.* 2021;295:1087–1092. doi: 10.1016/j.jad.2021.08.121

86. Hoge E.A., Reese H.E., Oliva I.A., Gabriel C.D., Guidos B.M., Bui E., Simon N.M., Dutton M.A. Investigating the role of interpretation bias in mindfulness-based treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Front. Psychol.* 2020;11:82. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00082

87. Mishra A.K., Varma A.R. A comprehensive review of the generalized anxiety disorder. *Cureus.* 2023;15(9):e46115. doi: 10.7759/cureus.46115

88. Кривулин Е.Н., Бохан Н.А., Шакуров Ф.З. Анонимное амбулаторное противоалкогольное лечение. Магнитогорск: Изд-во Магнитогорского ун-та, 2010. 164 с.

89. Магай А.И., Солохина Т.А. Интеграция психически больных в церковную жизнь: пастырское и медицинское сопровождение. *Попечение церкви о душевнобольных. Церковь и психиатрия: грани*

сотрудничества: сб. тр. конф., Москва, 26–27 ноября 2021 г. СПб., 2022. С. 258–266.

90. Копейко Г.И., Борисова О.А., Гедевани Е.В., Каледа В.Г. Влияние фактора религиозности на депрессивные состояния и суицидальное поведение. *Ж. неврол. и психиатрии*. 2020;120(1):103–110. doi: 10.17116/jnevro2020120011103

91. Каледа В.Г. Духовность и религиозность в контексте клинической психиатрии. *Попечение церкви о душевнобольных. Церковь и психиатрия: грани сотрудничества*: сб. тр. конф., Москва, 26–27 ноября 2021 г. СПб.: Scifiya-print, 2022. С. 17–30.

92. Hurtado M.M., Noguera E.V., Cantero N., Gálvez L., García-Herrera J.M., Morales-Asencio J.M. Development of a guideline for the treatment of generalized anxiety disorder with the ADAPTE method. *Int. J. Qual. Health Care*. 2020;32(6):356–363. doi: 10.1093/intqhc/mzaa053

93. Goetter E.M., Frumkin M.R., Palitz S.A., Swee M.B., Baker A.W., Bui E., Simon N.M. Barriers to mental health treatment among individuals with social anxiety disorder and generalized anxiety disorder. *Psychol. Serv.* 2020;17(1):5–12. doi: 10.1037/ser0000254

94. Васильева А.В., Караваева Т.А., Незнанов Н.Г. Психотерапия: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. 992 с.

95. Pary R., Sarai S.K., Micchelli A., Lippmann S. Anxiety disorders in older patients. *Prim. Care Companion CNS Disord.* 2019;21:18nr02335. doi: 10.4088/PCC.18nr02335

96. Hollandsworth J.G. Jr. The physiology of psychological disorders Schizophrenia, depression, anxiety, and substance abuse. N.Y.: Plenum Press, 1992. 318 p.

References

1. Stein D.J., Scott K.M., de Jonge P., Kessler R.C. Epidemiology of anxiety disorders: from surveys to nosology and back. *Dialogues Clin. Neurosci.* 2017;19(2):127–136. doi: 10.31887/DCNS.2017.19.2/dstein

2. Sivolap Yu.P. Systematics and treatment of anxiety disorders. *Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni Sergeya Sergeevicha Korsakova = S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2020;120(7):121–127. [In Russian]. doi: 10.17116/jnevro2020120071121

3. Vasenina E.E. Gender characteristics of anxiety disorders. *Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni Sergeya Sergeevicha Korsakova = S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2023;123(10):48–53. [In Russian]. doi: 10.17116/jnevro202312310148

4. Mosolov S.N., Martynikhin I.A., Syunyakov T.S., Galankin T.L., Neznanov N.G. Incidence of the diagnosis of anxiety disorders in the Russian Federation: results of a web-based survey of psychiatrists. *Neurol. Ther.* 2021;10(2):971–984. doi: 10.1007/s40120-021-00277-w

5. Voznesenskaia T.G. Generalized anxiety disorder: differential diagnosis and treatment. *Nevrologiya, neyropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2013;(2):18–22. [In Russian].

6. Mosolov S.N., Alfimov P.V. Algorithm for biological treatment of generalized anxiety disorder. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroystv = Current Therapy of Mental Disorders*. 2015;(2):24–28. [In Russian].

7. Linden M. Generalisierte Angststörung. In: *Psychotherapie: Praxis. Verhaltenstherapiemanual—Erwachsene*. Berlin: Springer, 2022. 525–529. doi: 10.1007/978-3-662-62298-8_86

8. Vrublevska J., Renemane L., Kivite-Urtane A., Rancans E. Validation of the generalized anxiety disorder scales (GAD-7 and GAD-2) in primary care settings in Latvia. *Front. Psychiatry*. 2022;13:972628. doi: 10.3389/fpsy.2022.972628

9. Feinstein A.R. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *J. Chronic Dis.* 1970;23(7):455–468. doi: 10.1016/0021-9681(70)90054-8

10. Ovchinnikov A.A., Aksenov M.M., Latypova O.V. Complex pathomorphosis of neurotic anxiety-depressive disorders. Tomsk: Ivan Fedorov, 2011. 169 p. [In Russian].

11. Qadeer Shah A., Prasad D., Caropreso L., Frey B.N., de Azevedo Cardoso T. The comorbidity between Borderline Personality Disorder (BPD) and Generalized Anxiety Disorder (GAD): A systematic review and meta-analysis. *J. Psychiatr. Res.* 2023;164:304–314. doi: 10.1016/j.jpsychires.2023.06.009

12. Robichaud M., Dugas M.J. The generalized anxiety disorder. Moscow: Dialektika, 2021. 288 p. [In Russian].

13. Boswell J.F., Thompson-Hollands J., Farchione T.J., Barlow D.H. Intolerance of uncertainty: a common factor in the treatment of emotional disorders. *J. Clin. Psychol.* 2013;69(6):630–645. doi: 10.1002/jclp.21965

14. Veltishchev D.Yu. Diagnosis and treatment of generalized anxiety disorder. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroystv = Modern therapy of mental disorders*. 2018;(3):26–37. [In Russian].

15. Karavaeva T.A., Vasileva A.V., Poltorak S.V. Principles and algorithms of neurotic level anxiety disorders (anxiety-phobic, panic and generalized anxiety disorders) psychotherapy. *Obozreniye psikiatrii i meditsinskoy psikhologii imeni V.M. Bekhtereva = V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2016;(4):42–51. [In Russian].

16. Sagalakova O.A., Truevtsev D.V. Cognitive-behavioral therapy of social phobia and anxiety-depressive disorders. Tomsk, 2009. 206 p. [In Russian].

17. Sagalakova O.A., Truevtsev D.V. Metacognitive regulation strategies in social anxiety disorder. Tomsk, 2014. 210 p. [In Russian].

18. Anthony M., Swinson R. The shyness and social anxiety workbook: Proven techniques for overcoming your fears. Moscow: Dialektika, 2021. 362 p. [In Russian].
19. Beck A.T., Emery G. Anxiety disorders and phobias. Moscow: Dialektika, 2022. 432 p. [In Russian].
20. Kholmogorova A.B. Cognitive-behavioral models and methods for treating generalized anxiety disorder. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroystv = Current Therapy of Mental Disorders*. 2014;(1):19–24. [In Russian].
21. Rycroft Ch. Anxiety and neurosis. Moscow: Per Se, 2010. 142 p. [In Russian].
22. Martynikhin I.A., Neznanov N.G. Special aspects of generalized anxiety disorder diagnosing among Russian psychiatrists: the results of a vignette study. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroystv = Current Therapy of Mental Disorders*. 2018;(4):51–59. [In Russian].
23. Havenaar J.M., Meijler-Iljina L., van den Bout J., Melnikov A.V. Psychotherapy in Russia. Historical backgrounds and current practice. *Am. J. Psychother.* 1998;52(4):501–513. doi: 10.1176/appi.psychotherapy.1998.52.4.501
24. Jenkins R., McDaid D., Nikiforov A., Potasheva A., Watkins J., Lancashire S., Samyshkin Y., Huxley P., Atun R. Mental health care reforms in Europe: Rehabilitation and social inclusion of people with mental illness in Russia. *Psychiatr. Serv.* 2010;61(3):222–224. doi: 10.1176/ps.2010.61.3.222
25. Roshchina O.V., Rozin A.I., Schastnyy E.D., Bokhan N.A. Clinical value of comorbidity of affective disorders and alcohol dependence. *Byulleten' sibirskoy meditsiny = Bulletin of Siberian Medicine*. 2019;18(4):110–118. [In Russian]. doi: 10.20538/1682-0363-2019-4-110-118
26. Mednova I.A., Levchuk L.A., Boiko A.S., Roschina O.V., Simutkin G.G., Bokhan N.A., Loonen A.J.M., Ivanova S.A. Cytokine level in patients with mood disorder, alcohol use disorder and their comorbidity. *World J. Biol. Psychiatry*. 2023;24(3):243–253. doi: 10.1080/15622975.2022.2095439
27. Ott C.A. Treatment of anxiety disorders in patients with comorbid bipolar disorder. *Ment. Health Clin.* 2018;8(6):256–263. doi: 10.9740/mhc.2018.11.256
28. Bokhan N.A., Semke V.Ya. Comorbidity in drug addiction. Tomsk, 2009. 498 p. [In Russian].
29. Potter-Efron R.T. Shame, guilt, and alcoholism: Treatment issues in clinical practice. Moscow: IOI, 2014. 240 p. [In Russian].
30. Bokhan N.A., Krivulin E.N., Mingazov A.Kh. Alcohol addiction in older people. Tomsk: Ivan Fedorov, 2013. 260 p. [In Russian].
31. Bokhan N.A., Mandel A.I., Ivanova S.A., Prokopyeva V.D., Artemyev I.A., Nevidimova T.I., Masterova E.I., Voevodin I.V., Abolonin A.F., Shushpanova T.V. Old and new issues of addiction medicine in the context of interdisciplinary research. *Voprosy narkologii = Addiction Issues*. 2017;(1):26–62. [In Russian].
32. Reis R.K. Alcoholism and anxiety. In: *Anxiety: new findings for the clinician*. Ed. P.P. Roy-Byrne. Washington: American Psychiatric Press, 1989. 123–146.
33. Bokhan T.G., Stoianova I.Ia., Ulianich A.L., Shabalovskaia M.V., Skavinskaia E.N., Kuzin A.Iu., Terekhina O.V., Bozhenkova K.A. Psychological counseling in social practices of psychological assistance. Tomsk, 2019. 164 p. [In Russian].
34. Kholodnaia M.A. Integral structures of conceptual thinking. Tomsk, 1983. 190 p. [In Russian].
35. Welsh E. Panic attacks and where they live. Workshop. How to overcome anxiety disorder. Moscow: AST, 2020. 192 p. [In Russian].
36. Kuzenko S.S. The evolution of psychotherapy. Krasnodar: Ecoinvest, 2020. 120 p. [In Russian].
37. Wright J.H., Brown G.K., Thase M.E., Ramirez Basco M. Learning cognitive-behavior therapy. Moscow: Dialektika, 2022. 384 p. [In Russian].
38. Robichaud M., Koerner N., Dugas M.J. Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder. Moscow: Dialektika, 2022. 352 p. [In Russian].
39. Russian Society of Psychiatrists. Generalized anxiety disorder. Clinical guidelines. Moscow, 2019. 84 p. Available at: <https://psychiatr.ru/news/1036> [In Russian].
40. Saiakin V.Yu. Peculiarities of the cognitive and behavioral approach to the generalized anxiety disorder issue. *Vyshee obrazovanie segodnia = Higher education today*. 2018;(6):55–57. [In Russian]. doi: 10.25586/RNU.HET.18.06.P.55
41. Clark D.A., Beck A.T. The anxiety and worry. Moscow: Dialektika, 2020. 384 p. [In Russian].
42. Cabaniss D.L., Cherry S., Douglas C.J., Shwartz A.R. Psychodynamic psychotherapy: A Clinical Manual. Moscow: Dialektika, 2023. 560 p. [In Russian].
43. Bandelow B., Werner A.M., Kopp I., Rudolf S., Wiltink J., Beutel M.E. The German Guidelines for the treatment of anxiety disorders: first revision. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2022;272(4):571–582. doi: 10.1007/s00406-021-01324-1
44. Erickson T.M., Newman M.G. Cognitive behavioral psychotherapy for generalized anxiety disorder: a primer. *Expert Rev. Neurother.* 2005;5(2):247–257. doi: 10.1586/14737175.5.2.247
45. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. Moscow: Dialektika, 2021. 432 p. [In Russian].
46. van den Heiden C. Metacognitions in generalized anxiety disorder: theoretical and practical perspectives. *Expert Rev. Neurother.* 2013;13(2):135–141. doi: 10.1586/ern.12.161
47. Carcione A., Nicolo G., Semerari A. Complex cases of personality disorders: Metacognitive interper-

- sonal therapy. Springer Nature Switzerland AG, 2021. doi: 10.1007/978-3-030-70455-1
48. McEvoy P.M. Metacognitive therapy for anxiety disorders: a review of recent advances and future research directions. *Curr. Psychiatry Rep.* 2019;21(5):29. doi: 10.1007/s11920-019-1014-3
49. Kholodnaia M.A. Cognitive styles. About the nature of the individual mind. Saint-Petersburg: Piter, 2004. 384 p. [In Russian].
50. Riggenbach J. The CBT toolbox: 185 tools to manage anxiety, depression, anger, behaviors and stress. Moscow: Dialektika, 2022. 448 p. [In Russian].
51. Vertgeim I.A. Experience in the treatment of neuroses in a military unit. *Voyenno-meditsinskiy zhurnal = Military Medical Journal.* 1960;(4):51–54. [In Russian].
52. Korolenko C.P., Shpiks T.A., Turchaninova I.V. Psychodynamic psychiatry and addictology. Novosibirsk: Nemo Press, 2020. 459 p. [In Russian].
53. Ursano R.J., Sonnenberg S.M., Lazar S. Concise guide to psychodynamic psychotherapy. Moscow, 2018. 180 p. [In Russian].
54. Rumiantseva T.V. Psychodynamic foundations of psychological counseling. Moscow, 2011. 50 p. [In Russian].
55. Rumiantseva T.V. Psychodynamic approach in the practice of crisis counseling. Yaroslavl, 2009. 127 p. [In Russian].
56. Korolenko Ts.P., Dmitrieva N.V., Perevozkinina Yu.M. Psychodynamic psychotherapy of deviant behavior. Novosibirsk, 2015. 375 p. [In Russian].
57. Bailey R.J., Ogles B.M. Common factors therapy: a principle-based treatment framework. Moscow: Dialektika, 2024. 304 p. [In Russian].
58. Rush F. The best kept secret: Sexual abuse of children. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1980. 238 p.
59. Webster R. Why Freud was wrong: sin, science, and psychoanalysis. Moscow: AST, 2013. 736 p. [In Russian].
60. Weissman M.M., Markowitz D.K., Klerman D.L. The guide to interpersonal psychotherapy. Moscow: Dialektika, 2022. 384 p. [In Russian].
61. van Vreeswijk M., Broersen J., Schurink G. Mindfulness and schema therapy. Moscow, 2021. 240 p. [In Russian].
62. Markowitz J.C., Lipsitz J., Milrod B.L. Critical review of outcome research on interpersonal psychotherapy for anxiety disorders. *Depress. Anxiety.* 2014;31(4):316–325. doi: 10.1002/da.22238
63. Newman M.G., Castonguay L.G., Borkovec T.D., Fisher A.J., Boswell J.F., Szkodny L.E., Nordberg S.S. A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integrated techniques from emotion-focused and interpersonal therapies. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2011;79(2):171–181. doi: 10.1037/a0022489
64. Rezvan S., Baghban I., Bahrami F., Abedi M. A comparison of cognitive-behavior therapy with interpersonal and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Couns. Psychol. Q.* 2008;21(4):309–321. doi: 10.1080/09515070802602096
65. Jacob G., van Genderen H., Seebauer L. Breaking Negative thinking patterns: a schema therapy self-help and support book. Moscow: Nauchnyy Mir, 2019. 208 p. [In Russian].
66. Rafaeli E., Bernstein D.P., Young J. Schema therapy. Distinctive Features. Moscow: Dialectica, 2021. 192 p. [In Russian].
67. Loose C., Graaf P., Zarbock G., Holt R.A. Schema therapy for children and adolescents. Moscow: Dialectica, 2021. 544 p. [In Russian].
68. Arntz A., van Genderen H. Schema therapy for borderline personality disorder. Moscow: Dialectica, 2021. 352 p. [In Russian].
69. Taylor C.D.J., Bee P., Haddock G. Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychol. Psychother.* 2017;90(3):456–479. doi: 10.1111/papt.12112
70. Arntz A., Jacob G. Schema therapy in practice. Moscow, 2016. 320 p. [In Russian].
71. Heath G., Startup H. Creative methods in schema therapy: advances and innovation in clinical practice. Moscow, 2021. 568 p. [In Russian].
72. Simpson S., Smith E. Schema therapy for eating disorders. Moscow: Dialektika, 2022. [In Russian]. 432 p.
73. Menovshchikov V.Yu. Psychological counseling and psychotherapy on the Internet. Moscow: Smysl, 2015. 423 p. [In Russian].
74. Klein A., Wolters N.E., Bol E.J.M., Koelen J., de Koning L., Roetink S.S.M., van Blom J.J., Pronk T., van der Heijde C., Saleminck E., ... Wiers R.W. Online computer or therapist-guided cognitive behavioral therapy in university students with anxiety and/or depression: study protocol of a randomised controlled trial. *BMJ Open.* 2021;11(11):e049554. doi: 10.1136/bmjopen-2021-049554
75. Emmelkamp P.M.G., Meyerbröker K. Virtual reality therapy in mental health. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2021;17:495–519. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-081219-115923
76. Wiebe A., Kannen K., Selaskowski B., Mehren A., Thöne A.K., Pramme L., Blumenthal N., Li M., Asché L., Jonas S., ... Braun N. Virtual reality in the diagnostic and therapy for mental disorders: A systematic review. *Clin. Psychol. Rev.* 2022;98:102213. doi: 10.1016/j.cpr.2022.102213
77. Johansson R., Björklund M., Hornborg C., Karlsson S., Hesser H., Ljótsson B., Rousseau A., Frederick R.J., Andersson G. Affect-focused psychodynamic psychotherapy for depression and anxiety through the Internet: a randomized controlled trial. *Peer J.* 2013;1:e102. doi: 10.7717/peerj.102
78. Anderson P.L., Price M., Edwards S.M., Obasaju M.A., Schmertz S.K., Zimand E., Calamaras M.R.

Virtual reality exposure therapy for social anxiety disorder: a randomized controlled trial. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2013;81(5):751–760. doi: 10.1037/a0033559

79. Oing T., Prescott J. Implementations of virtual reality for anxiety-related disorders: Systematic review. *JMIR Serious Games.* 2018;6(4):e10965. doi: 10.2196/10965

80. Wallach H.S., Safir M.P., Bar-Zvi M. Virtual reality cognitive behavior therapy for public speaking anxiety: a randomized clinical trial. *Behav. Modif.* 2009;33(3):314–338. doi: 10.1177/0145445509331926

81. Andersson G., Carlbring P., Titov N., Lindfors N. Internet interventions for adults with anxiety and mood disorders: a narrative umbrella review of recent meta-analyses. *Can. J. Psychiatry.* 2019;64(7):465–470. doi: 10.1177/0706743719839381

82. Bandelow B., Michaelis S., Wedekind D. Treatment of anxiety disorders. *Dialogues Clin. Neurosci.* 2017;19(2):93–107. doi: 10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow

83. Miller M.L., McGuire J.F. Targeting intolerance of uncertainty in treatment: A meta-analysis of therapeutic effects, treatment moderators, and underlying mechanisms. *J. Affect. Disord.* 2023;341:283–295. doi: 10.1016/j.jad.2023.08.132

84. Boettcher J., Aström V., Pålsson D., Schenström O., Andersson G., Carlbring P. Internet-based mindfulness treatment for anxiety disorders: a randomized controlled trial. *Behav. Ther.* 2014;45(2):241–253. doi: 10.1016/j.beth.2013.11.003

85. Ferreira-Garcia R., Costa M.A., Gonçalves F.G., de Nonohay R.G., Nardi A.E., Freire R.C.D.R., Manfro G.G. Heart rate variability: A biomarker of selective response to mindfulness-based treatment versus fluoxetine in generalized anxiety disorder. *J. Affect. Disord.* 2021;295:1087–1092. doi: 10.1016/j.jad.2021.08.121

86. Hoge E.A., Reese H.E., Oliva I.A., Gabriel C.D., Guidos B.M., Bui E., Simon N.M., Dutton M.A. Investigating the role of interpretation bias in mindfulness-based treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Front. Psychol.* 2020;11:82. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00082

87. Mishra A.K., Varma A.R. A comprehensive review of the generalized anxiety disorder. *Cureus.* 2023;15(9):e46115. doi: 10.7759/cureus.46115

88. Krivulin E.N., Bokhan N.A., Shakurov F.Z. Anonymous outpatient alcohol treatment. Magnitogorsk: University Magnitogorsk Publishing House, 2010. 164 p. [In Russian].

89. Magai A.I., Solokhina T.A. Integration of mentally ill people into church life: pastoral and medical support. *Church care for the mentally ill. Church and psychiatry: facets of cooperation: proc. conf., Moscow, November 26–27, 2021. Saint-Petersburg, 2022.* 258–266. [In Russian].

90. Kopeyko G.I., Borisova O.A., Gedeveni E.V., Kaleda V.G. The influence of religiosity on depressive disorders and suicidal behavior. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni Sergeya Sergeevicha Korsakova = S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry.* 2020;120(1):103–110. [In Russian]. doi: 10.17116/jnevro2020120011103

91. Kaleda V.G. Spirituality and religiosity in the context of clinical psychiatry. *Church care for the mentally ill. Church and psychiatry: facets of cooperation: proc. conf., Moscow, November 26–27, 2021. Saint-Petersburg, 2022.* 17–30. [In Russian].

92. Hurtado M.M., Noguera E.V., Cantero N., Gálvez L., García-Herrera J.M., Morales-Asencio J.M. Development of a guideline for the treatment of generalized anxiety disorder with the ADAPTE method. *Int. J. Qual. Health Care.* 2020;32(6):356–363. doi: 10.1093/intqhc/mzaa053

93. Goetter E.M., Frumkin M.R., Palitz S.A., Swee M.B., Baker A.W., Bui E., Simon N.M. Barriers to mental health treatment among individuals with social anxiety disorder and generalized anxiety disorder. *Psychol. Serv.* 2020;17(1):5–12. doi: 10.1037/ser0000254

94. Vasilyeva A.V., Karavaeva T.A., Neznanov N.G. Psychotherapy: National guidelines. M.: GEOTAR-Media, 2023. 992 p. [In Russian].

95. Pary R., Sarai S.K., Micchelli A., Lippmann S. Anxiety disorders in older patients. *Prim. Care Companion CNS Disord.* 2019;21:18nr02335. doi: 10.4088/PCC.18nr02335

96. Hollandsworth J.G. Jr. The physiology of psychological disorders Schizophrenia, depression, anxiety, and substance abuse. N.Y.: Plenum Press, 1992. 318 p.

Сведения об авторе:

Яргин Сергей Вадимович, к.м.н., ORCID: 0000-0003-4731-1853, e-mail: sjargin@mail.ru

Information about the author:

Sergei V. Jargin, candidate of medical sciences, ORCID: 0000-0003-4731-1853, e-mail: sjargin@mail.ru

Поступила в редакцию 07.11.2023

После доработки 26.03.2024

Принята к публикации 23.04.2024

Received 07.11.2023

Revision received 26.03.2024

Accepted 23.04.2024