

Содержание

Предисловие	15
Благодарности	17
Глава 1. Описание генерализованного тревожного расстройства	19
Диагностика ГТР	21
История диагностической категории ГТР в DSM-IV и DSM-5	21
ГТР в DSM-IV и DSM-5	22
Клиническая картина: как выглядит ГТР	25
Темы для беспокойства	25
Жизнь в негативном будущем	27
Презентации клиентов с ГТР	28
Случай Кэтрин	30
Эпидемиология	31
Распространенность среди населения в целом	32
Распространенность в клинической группе	33
Возраст проявления, течение и ремиссия	34
Возрастные и гендерные различия	35
Коморбидность	37
Цена ГТР	39
Прямые издержки	40
Косвенные издержки расстройства	41
Выводы и замечания	41
Глава 2. Когнитивно-поведенческая концептуализация генерализованного тревожного расстройства	43
Интолерантность к неопределенности	44
Специфика интолерантности к неопределенности	47
Причинно-следственные связи интолерантности к неопределенности	51
От интолерантности к неопределенности к патологическому беспокойству	55
Вопросы об интолерантности к неопределенности	65
Позитивные убеждения о беспокойстве	66
Негативная ориентированность на проблемы	70
Опросник для исследования решения проблем	71
Исследование решения проблем при помощи интервью	73

Когнитивное избегание	75
Заключительные замечания	79
Глава 3. Диагностика и оценка	81
Клиническое интервью	81
Беспокойство при ГТР	82
Симптомы ГТР	84
Защитное поведение при ГТР	85
Нарушения и дистресс	87
Трудности с диагностикой ГТР	88
“Я не беспокойный человек”	88
“Да, и это тоже меня беспокоит...”	90
Ошибочная диагностика симптомов	91
Дифференциальная диагностика	92
Тревожно-ипохондрический синдром (беспокойство о здоровье)	93
Социальное тревожное расстройство	96
Обсессивно-компульсивное расстройство	97
Большое депрессивное и устойчивое депрессивное расстройство	99
Структурированные диагностические интервью	103
Рекомендации для структурированных диагностических интервью	105
Описание структурированных диагностических интервью	106
Опросники для самостоятельного заполнения	108
Рекомендации по использованию показателей самоотчета	108
Самоотчет для измерения симптомов ГТР	109
Показатель самоотчета когнитивных процессов ГТР	111
Самоотчет сопутствующих симптомов	115
Заключительные замечания	116
Приложение 3.1. Опросник уровня беспокойства и тревоги	117
Приложение 3.2. Анкета уровня беспокойства университета Пенсильвании	119
Приложение 3.3. Шкала интолерантности к неопределенности	120
Приложение 3.4. Зачем беспокоиться-II	122
Приложение 3.5. Опросник негативной ориентированности на проблемы	124
Приложение 3.6. Опросник когнитивного избегания	126

Глава 4. Обзор терапии	129
Схема лечения	129
Общая цель лечения	130
Модули терапии	132
Модуль 1. Психообразование и тренинг по осознанию беспокойства	133
Психообразование о КПТ	133
Психообразование о ГТР	136
Тренинг осознания беспокойства	138
Модуль 2. Переоценка полезности беспокойства	138
Зачем рассматривать позитивные убеждения о беспокойстве	139
Выявление и переоценка позитивных убеждений о беспокойстве	141
Модуль 3. Переоценка негативных убеждений о неопределенности	142
Интолерантность к неопределенности и ее связь с беспокойством и ГТР	143
Признавая, что достичь определенности невозможно	144
Признание роли негативных убеждений о неопределенности	145
Распознавание защитного поведения, вызванного неопределенностью	148
Разработка поведенческих экспериментов	151
Модуль 4. Тренинг решения проблем	153
Улучшение ориентированности на проблемы	155
Применение навыков решения проблем	157
Модуль 5. Письменная экспозиция	158
Модуль 6. Профилактика рецидивов	161
Выводы и замечания	162
Глава 5. Пошаговое лечение	165
Модуль 1. Психообразование и тренинг осознания беспокойства	165
Презентация принципов когнитивно-поведенческой терапии	165
Объяснение диагноза ГТР	170
Основы модели: симптомы ГТР	172
Тренинг осознания беспокойства	179
Модуль 2. Переоценка полезности беспокойства	181
Выявление позитивных убеждений о пользе беспокойства	183
Переоценка позитивных убеждений: жизнь без забот?	188

Модуль 3. Переоценка негативных убеждений о неопределенности	193
Введение в интолерантность к неопределенности	194
Негативные убеждения о неопределенности и цикле беспокойства	196
Защитное поведение, обусловленное неопределенностью	201
Проверка убеждений о неопределенности: поведенческие эксперименты	206
Принятие неопределенности	219
Модуль 4. Тренинг по решению проблем	221
Улучшение ориентированности на проблемы	222
Применение навыков решения проблем	233
Последнее замечание о решении проблем	241
Модуль 5. Письменная экспозиция	242
Бесполезность когнитивного избегания	243
Когнитивное избегание как защитное поведение	248
Знакомство с письменной экспозицией	250
Определение наихудшего сценария	251
Проведение письменной экспозиции	253
Модуль 6. Профилактика рецидивов	256
Ежедневное поддержание психологического здоровья	256
Осмотры на предмет соблюдения надлежащей гигиены психического здоровья	258
Выявление ситуаций риска	259
Подготовка к ситуациям, связанным с риском	260
Заключительное замечание	261
Приложение 5.1. Предварительная модель когнитивно- поведенческой терапии генерализованного тревожного расстройства	262
Приложение 5.2. Форма мониторинга беспокойства	263
Приложение 5.3. Форма позитивных убеждений о беспокойстве	265
Приложение 5.4. Цели на будущее: жизнь без беспокойства	267
Приложение 5.5. Влияние негативных убеждений о неопределенности на цикл беспокойства	269
Приложение 5.6. Влияние сбалансированных убеждений о неопределенности на цикл беспокойства	270

Приложение 5.7. Форма для записи поведенческого эксперимента	271
Приложение 5.8. Форма решения проблем	273
Приложение 5.9. Форма для записи письменной экспозиции	274
Глава 6. Эффективность терапии	275
Критерии для определения эффективности лечения	275
Диагностическая ремиссия	276
Статистические сравнения средних эффектов	277
Клинически значимое улучшение	279
Исследования эффективности лечения	281
КПТ и контроль листа ожидания	281
Групповая КПТ и контроль листа ожидания	284
КПТ, прикладные методики релаксации и контрольные группы листа ожидания	288
КПТ и прекращение приема лекарств	292
Общие выводы о краткосрочных и долгосрочных эффектах	295
Исследования, проведенные другими группами	299
Предикторы эффективности лечения	301
Ошибочная интерпретация	302
Внезапные улучшения	304
Поведенческие эксперименты, направленные на интолерантность к неопределенности	305
Заключение	307
Глава 7. Устранение осложняющих факторов	309
Факторы клиента	309
Коморбидность с расстройствами DSM-5	309
Коморбидность с заболеваниями	315
Беременность	316
Использование лекарств	317
Мотивационные факторы	320
Факторы терапевта	325
Нечувствительность к конкретным потребностям клиента	325
Низкая уверенность в лечении	326
Жесткое использование руководств	328
Контекстуальные факторы	330
Заключительные замечания	332
Список литературы	335

Описание генерализованного тревожного расстройства

Кэтрин была первым ребенком в семье. В детстве ей часто напоминали, что как старшая она должна присматривать за младшими братьями. К тому времени, как Кэтрин перешла в третий класс, она постоянно беспокоилась о братьях. Например, если шел дождь, она волновалась, что мальчики могут простудиться, или, если они играли, переживала, что поранятся. Часто проверяла их по несколько раз на день, чтобы убедиться в их безопасности или узнать, не нужно ли им чего. Хотя ее тревога не была проблемой, Кэтрин явно была менее беззаботной, чем большинство ее сверстников. В старших классах девушка преуспевала в учебе и в легкой атлетике. У нее всегда были хорошие оценки, она состояла в командах по легкой атлетике и плаванию. Несмотря на то, что она меньше беспокоилась о младших братьях, она заметила, что больше переживает о здоровье родителей, в частности матери. Например, стала звонить маме на работу, иногда по несколько раз в день, чтобы убедиться, что с ней все в порядке. Опять же, хотя Кэтрин и не считала свое беспокойство проблемой, она заметила, что практически все время чувствует умеренное волнение и тревогу.

Вот только стоило Кэтрин уехать в колледж, ее беспокойство и тревога вышли из-под контроля. Вдали от дома она поймала себя на том, что больше, чем когда-либо, переживает о семье. Она также начала волноваться и о другом: об оценках, финансах и дружеских отношениях. У девушки появились проблемы со сном, она часами лежала в постели, прежде чем уснуть. И хотя Кэтрин все также преуспевала в учебе, она обнаружила, что подготовка к экзаменам вызывала сильный стресс, вследствие чего не раз говорила с преподавателями или сокурсниками, чтобы убедиться, что ее конспекты по курсу верны. Написание учебных работ, казалось, занимало больше времени, чем обычно, потому что Кэтрин по несколько раз перечитывала написанное, чтобы удостовериться, что не допустила орфографических или грамматических ошибок.

После колледжа Кэтрин начала успешную карьеру в маркетинге, вышла замуж и родила двоих детей. После рождения второго ребенка ее беспокойство и тревога начали “выходить из-под контроля”, и она решила, что, возможно, пришло время пройти курс лечения. Она описала, как испытывала почти постоянное чувство усталости, бессонницы и переживаний по поводу “всего и вся”.

Кэтрин отметила, что эти чувства мешают ее работе и семейной жизни. Она очень любит своих детей, но так тревожится за их здоровье и безопасность, что обычно напряжена и нервничает, проводя с ними время. Женщину это крайне огорчало, она сказала, что больше не может наслаждаться счастливыми моментами жизни, потому что очень беспокоится о любых негативных событиях, которые могут произойти в будущем. Также она все время была перегружена работой, но отказывалась делегировать часть обязанностей другим сотрудникам, заявляя, что уверена в выполнении задач “должным образом”, только если делает все сама.

Кэтрин скептически относилась к пользе психологического лечения любой формы, так как считала, что у нее “ген тревожности” и вряд ли она изменит эту часть своего характера. Тем не менее, устав от “постоянного стресса и волнений” была готова перепробовать все, чтобы чувствовать себя лучше и спокойнее. Когда она обратилась за лечением, ей провели всестороннюю оценку. На основании сообщений о чрезмерной тревожности по поводу повседневных жизненных событий, а также на основе соматических симптомов, таких как усталость, нарушения сна и чувство беспокойства, Кэтрин был поставлен диагноз генерализованного тревожного расстройства (ГТР).

Как видно из случая Кэтрин, ГТР — изнуряющее заболевание, серьезно влияющее на качество жизни. К сожалению, люди, страдающие ГТР, редко обращаются за профессиональной помощью, а когда они все же это делают, клиницисты часто не могут распознать симптомы генерализованного тревожного расстройства. По этим причинам в этой вводной главе мы попытаемся достичь двух основных целей. Первая состоит в том, чтобы дать относительно подробное описание характеристик ГТР. В частности, мы обсудим историю диагностической категории, распространенность и связанные с ней особенности расстройства, а также нарушения, которые обычно вызывает ГТР. Вторая цель — представить “картину” того, как выглядит ГТР с точки зрения

клинициста. Что мы имеем в виду, когда говорим “чрезмерное беспокойство и тревога по поводу ряда событий или действий”? На что похожа повседневная жизнь человека с ГТР? Приведенный выше случай Кэтрин — лишь один пример из множества тех, что рассказывают клиенты с диагнозом ГТР, обращаясь за лечением. Мы надеемся, что, представив детальную информацию, собранную в ходе клинической практики, сможем дать подробную картину этого завораживающего и сложного расстройства.

Диагностика ГТР

Генерализованное тревожное расстройство — это диагностическая категория, претерпевшая несколько изменений в различных изданиях *Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders — DSM) [American Psychiatric Association, 1980, 1987, 1994, 2000, 2013]. Поэтому неудивительно, что диагноз ГТР иногда сбивает с толку даже специалистов в области тревожных расстройств. В следующем разделе рассмотрим эволюцию ГТР в *DSM*, опишем изменения, внесенные в его критерии, и обсудим причины этих изменений. Читатель, вероятно, заметит, что, хотя текущее диагностическое определение в последних выпусках *DSM* значительно улучшено по сравнению с предыдущими выпусками, впереди еще немало работы по созданию набора четких и надежных критериев, которые позволят упростить диагностику ГТР.

История диагностической категории

Термин *ГТР* впервые появился с публикацией *DSM-III* [American Psychiatric Association, 1980]. В то время ГТР, по сути, рассматривалось как резидуальное расстройство, поскольку диагноз не ставился, если присутствовали симптомы панического, обсессивно-компульсивного расстройств или фобий. Фундаментальной особенностью расстройства было “постоянное чувство тревоги” в течение по крайней мере одного месяца, при этом клиенты также должны были подтвердить симптомы трех из четырех следующих диагностических категорий: моторное напряжение, чрезмерная возбудимость вегетативной нервной системы, тревожное ожидание и повышенный уровень бодрствования/внимания.

Чтобы усовершенствовать широкий и расплывчатый характер диагностических критериев *DSM-III* для ГТР, в *DSM-III-R* было внесено несколько важных изменений [*American Psychiatric Association, 1987*]. Во-первых, основная особенность расстройства — постоянная тревога — была изменена на чрезмерное или нереалистичное беспокойство. Более того, ГТР теперь можно было диагностировать при наличии другого психического расстройства, при условии, что беспокойство и тревога не были связаны с другим состоянием, тем самым ГТР из резидуальной проблемы превратилось в первичную диагностическую сущность. Минимальная продолжительность, необходимая для постановки диагноза, была изменена с одного до шести месяцев, что в большей степени соответствует хроническому характеру ГТР. Несмотря на эти улучшения, неясные соматические критерии остались, и клиентам необходимо было подтвердить 6 из 18 различных симптомов, чтобы соответствовать диагнозу.

ГТР в *DSM-IV* и *DSM-5*

Со введением *DSM-IV* в 1994 году диагностические критерии ГТР значительно упростились и начали адекватно отражать независимость расстройства. Хотя чрезмерное беспокойство и тревога сохранились в качестве основной характеристики ГТР, термин *нереалистичный* был отброшен и заменен понятием “трудно контролируемого” беспокойства. Кроме того, сохранилось требование о минимальной продолжительности заболевания в шесть месяцев. Взятые вместе, эти два критерия четко отражают фундаментальную природу ГТР как хронического состояния, которое отличается от доклинического беспокойства *количественной* разницей в частоте и интенсивности тревоги, а не *качественной* разницей, как предполагал термин *нереалистичный*. Критерий “чрезмерного и неконтролируемого” беспокойства отражает клиническую реальность, согласно которой люди с ГТР переживают о том же, что и остальные. Разница лишь в том, что их тревога сильнее, и им сложнее остановиться. На самом деле, критерий “неконтролируемого” беспокойства и тревоги был включен, чтобы отличить ГТР от непатологического беспокойства [*Barlow & Wincze, 1998*], подчеркивая тот факт, что разница между ГТР- и “не-ГТР”-беспокойством в первую очередь зависит от степени, а не от содержания тревоги.

Еще одним заметным изменением диагностических критериев *DSM-IV* стало исключение из диагноза многих соматических симптомов. В частности, были удалены все симптомы автономной гиперактивности, а также ряд элементов из категорий моторного напряжения и бодрствования/внимания. Исключение симптомов гиперактивности было особенно полезным, потому что они чаще встречаются у людей с паническим расстройством, чем у лиц с ГТР. Таким образом, до этого пересмотра различие между паническим расстройством и ГТР было серьезной проблемой для клиницистов. В *DSM-IV* было только шесть соматических симптомов, связанных с диагнозом ГТР, и хотя все, кроме одного (мышечного напряжения), также могут быть подтверждены клиентами, страдающими другими депрессивными или тревожными расстройствами, эти симптомы точно встречаются у клиентов с ГТР. К ним относятся чувство взвинченности или “на грани срыва”, быстрая утомляемость, трудности с концентрацией внимания или туманность сознания, мышечное напряжение и нарушения сна (обычно проблемы с засыпанием или продолжительностью сна).

Последним примечательным изменением в *DSM-IV* стало включение в критерии ГТР пункта “значительный дистресс и нарушения”. Более ранние издания *DSM* описывали ГТР как расстройство, которое порождает лишь легкие социальные и профессиональные нарушения. Людей с ГТР воспринимают, преимущественно, как “мнительных”, то есть таких, которые чрезмерно беспокоятся, но все еще способны выполнять большую часть своей повседневной деятельности, сохраняя приемлемый уровень благополучия и качества жизни. Учитывая, что тревога — универсальное состояние, неудивительно, что чрезмерное беспокойство не может рассматриваться как особенно вредное в повседневной жизни. Тем не менее, как исследования, так и клинический опыт противоречат этому убеждению. На самом деле, более подходящее описание людей с ГТР — “ходячие больные”. Они не только многие годы страдают от симптомов, не получая лечения, но также могут испытывать значительные социальные и экономические трудности. Например, люди с ГТР зачастую разведены или не состоят в отношениях, с большей вероятностью получают выплаты по инвалидности в какой-то момент своей жизни и, как правило, имеют очень низкий годовой доход [Blazer, Hughes, George, Schwartz, & Boyer, 1991; Hunt, Issakidis, & Andrews, 2002]. Кроме того, зачастую они крайне не удовлетворены

своей профессиональной и личной жизнью, у них низкий уровень благополучия [Hoffman, Duker, & Wittchen, 2008; Stein & Heimberg, 2004]. Таким образом, пересмотр в *DSM-IV* критерия нарушения и дистресса для ГТР лучше отражает реальную картину расстройства.

Поразительно, что ГТР рассматривалось и в некоторой степени до сих пор рассматривается как относительно легкое расстройство, несмотря на его связь с низким качеством жизни, а также социальными и профессиональными нарушениями. Эта неточность, скорее всего, связана с тем, что нарушения при ГТР часто сравнивают с нарушениями, наблюдаемыми при других тревожных расстройствах. Например, нарушения, вызванные паническим, социально тревожным или обсессивно-компульсивным расстройствами более очевидны и заметны. В частности, люди с этими заболеваниями могут использовать времязатратные и провоцирующие страх модели поведения, а также физически избегать определенных мест или событий, делая инвалидность очевидной как для них самих, так и для окружающих. Скажем, человек с обсессивно-компульсивным расстройством, характеризующимся опасениями заражения, может так сильно мыть руки, что они начинают кровоточить, или человек с паническим расстройством может настолько бояться панической атаки, что практически не выходит из дома. Напротив, большинство людей с ГТР не используют модели поведения, явно демонстрирующие заметные нарушения, они не обязательно выглядят особенно обеспокоенными или ослабленными своими симптомами. Скорее всего, жизнь клиентов с ГТР часто наполнена тонким, не очень заметным вмешательством. Например, им может быть трудно сосредоточиться на конкретных задачах на работе, т.к. они беспокоятся о своем уходе на пенсию, или не могут насладиться встречей с друзьями в выходные, потому что обеспокоены предстоящей рабочей неделей.

Поскольку подобные проблемы — обычное явление среди клиентов с ГТР, они оказывают значительное негативное влияние на производительность на профессиональном уровне (подробнее об этом позже) и на удовольствие на уровне личном (например, клиенты слишком заняты потенциальными проблемами, чтобы наслаждаться радостями жизни). Кроме того, из-за давнего характера расстройства к этим нарушениям добавляется дополнительный эффект, и результатом многолетней тревоги зачастую становятся чувства деморализации и истощения. Следовательно, хотя нарушения, вызванные ГТР, иногда менее

очевидны, они не менее пагубны для качества жизни человека и потому вызывают серьезную клиническую озабоченность.

Хотя рабочая группа *DSM-5* по тревоге и связанным с ней расстройствам предложила ряд существенных изменений в диагностические критерии ГТР [Andrews et al., 2010], в конечном счете определение ГТР со всех точек зрения было неизменным в пятом издании руководства. Таким образом, предыдущее обсуждение критериев *DSM-IV* для ГТР также применимо к текущей концептуализации диагноза ГТР.

Подведем итог: ясно, что способ концептуализации и в результате диагностики ГТР претерпел радикальные изменения с 1980 года, когда расстройство впервые появилось в *DSM*. Последующие издания *DSM* пытались определить ГТР в более конкретных терминах, а также в большей степени отражают фундаментальные и прикладные исследования беспокойства, тревоги и ГТР. Однако, несмотря на то что наша способность диагностировать это расстройство определенно улучшилась, согласно разным версиям *DSM*, ГТР остается тревожным расстройством с самой низкой диагностической надежностью [Brown, Di Nardo, Lehman, & Campbell, 2001]. Другими словами, клиницисты испытывают значительные трудности при согласовании наличия или отсутствия ГТР намного чаще, чем при любом другом тревожном расстройстве. Таким образом, хотя эта область прошла долгий путь, еще многое предстоит сделать, прежде чем надежность диагностики ГТР достигнет идеального уровня.

Клиническая картина: как выглядит ГТР

Как видно из предыдущего раздела, *DSM-5* устанавливает диагностические критерии, относительно полезные для целей диагностики, но не полностью отражающие клиническую картину ГТР. В следующих разделах опишем некоторые тонкости клинической картины клиентов с ГТР, уделяя особое внимание их субъективному опыту.

Темы для беспокойства

Как отмечалось ранее, кардинальной особенностью ГТР остается чрезмерное и неконтролируемое беспокойство и тревога по поводу ряда событий или действий. Однако критерий чрезмерного беспокойства по поводу “ряда событий или действий” может ввести в заблуждение

клиницистов, незнакомых с ГТР. Будет ли человек, чрезмерно и неконтролируемо переживающий о двух ситуациях (о здоровье и социальном взаимодействии), соответствовать этому диагностическому критерию? По нашему опыту, ответ чаще всего “нет”. Мы заметили, что клиенты, которые сообщают о беспокойстве по поводу очень ограниченного количества вопросов, как правило, не страдают ГТР. В результате лучше проявить бдительность в отношении других расстройств, которые могут ярче отражать имеющиеся симптомы. Например, для тех, кто беспокоится только о здоровье и социальных взаимодействиях, могут быть оправданы диагнозы тревожно-ипохондрического синдрома (беспокойство о здоровье) и социального тревожного расстройства.

Клиенты с ГТР действительно склонны беспокоиться о разном. Часто, когда их спрашивают, о чем они переживают, они отвечают: “А о чем я не переживаю?”. В этом смысле “генерализованный” аспект ГТР является подходящим определением, поскольку содержание их забот распространяется почти на все сферы жизни. Конечно, из этого правила есть исключения, когда переживания клиента сосредоточены только на двух или на трех конкретных темах, но это не относится к большинству людей, страдающих ГТР. Как правило, диагноз генерализованное тревожное расстройство подразумевает, что клиент волнуется “практически обо всем”. Кроме того, беспокойство клиентов с ГТР может переходить от одной темы к другой. Например, человек может начать беспокоиться о своем здоровье (“Что если у меня рак?”), а затем переживать о своей семье и финансах: “Кто позаботится о моих детях, если я умру? Будут ли они хорошо обеспечены? Что если моя семья не сможет оплатить похороны?”.

Клиницисты часто спрашивают, о чем именно тревожатся клиенты с ГТР. Краткий ответ на этот вопрос таков, что они беспокоятся о том же, что и все остальные люди, следовательно, о повседневных жизненных ситуациях. То есть они часто ссылаются на темы беспокойства, которые включают семью, отношения, работу/учебу, здоровье и финансы. Как результаты исследований, так и клинический опыт показывают, что беспокойство клиентов с ГТР, как правило, не отличается по содержанию от переживаний других людей. Однако есть два тонких различия, которые наблюдались с точки зрения волнений при ГТР. Во-первых, похоже, что люди с ГТР больше переживают о незначительных вещах, чем здоровые и люди с другими тревожными расстройствами [*Brown,*

Moras, Zinbarg, & Barlow, 1993; Hoyer, Becker, & Roth, 2001]. На самом деле, незначительные проблемы, по-видимому, остаются наиболее чувствительной темой тревожности у людей, страдающих ГТР. Косвенную поддержку этому представил Питер Ди Нардо, обнаружив, что отрицательный ответ на вопрос, чрезмерно ли человек беспокоится по мелочам, может эффективно исключить диагноз ГТР [*Di Nardo, 1991*, цит. по: *Brown, O'Leary, & Barlow, 1993*].

Клиенты с ГТР также склонны больше волноваться о маловероятных или отдаленных будущих событиях, чем другие люди, страдающие от тревожности [*Dugas, Freeston et al., 1998*]. Например, они могут опасаться того, что их самолет разобьется, даже если вероятность этого очень мала, или переживать о том, как оплатить университетское образование своих еще нерожденных детей. Несмотря на эти различия (т.е. опасения по поводу незначительных вопросов и маловероятных/отдаленных будущих событий), можно сказать, что люди с ГТР, как правило, не тревожатся о чем-то особенном или уникальном. Скорее они просто больше беспокоятся о том же, что и все остальные.

Жизнь в негативном будущем

Люди с ГТР почти всегда сообщают о низком качестве жизни, и во многом это связано с их склонностью жить “в будущем”. Иными словами, им очень трудно жить настоящим моментом. Даже будучи занятыми чем-то приятным, они часто не получают удовольствия, потому что слишком озабочены различными будущими событиями. Например, клиент с ГТР может провести время на вечеринке, мучаясь мыслями о последующей уборке, или плохо спать в ночь перед визитом к стоматологу, переживая, что опоздает на прием. Ориентация людей с ГТР на будущее часто становится очевидной уже с первой сессии терапии. Например, клиент может спросить: “Поможет ли мне эта терапия? Сколько времени пройдет, прежде чем я почувствую себя лучше?”. Клиницисту даже бывает трудно получить информацию о текущем состоянии клиента из-за этой тенденции обсуждать будущее.

Хотя некоторые утверждают, что жизнь в будущем имеет преимущества, например, лучшую подготовку к ситуациям, которые могут возникнуть, очевидно, что чрезмерная ориентация на будущее мешает наслаждаться настоящим. Многие клиенты с ГТР сообщают, что не могут радоваться моменту жизни, потому что постоянно думают о том,

что будет дальше. Исследования показали, что люди с ГТР, как правило, имеют мысли, начинающиеся с “а что если...”. Очевидно, что трудно наслаждаться настоящим моментом, когда думаешь о таком: “Что если я не смогу сдать проект в срок? Что если мой ребенок серьезно заболеет? Что если муж бросит меня?”.

Презентации клиентов с ГТР

Хотя эта тема будет обсуждаться подробнее в главе 3, любопытно узнать, как клиенты с ГТР выглядят на первой сессии. С точки зрения первоначального контакта во время оценки, многие клиенты не кажутся особенно встревоженными или нервными. В отличие от людей с паническим или обсессивно-компульсивным расстройствами, у которых тревожность от обращения за лечением видна сразу (клиент нервничает/суется и с самого начала выражает чувство тревоги), люди с ГТР поначалу могут казаться спокойными и собранными. Однако поражает второе впечатление, которое начинает формироваться, как только людям предлагается обсудить их проблемы. Некоторые клиенты могут рассказать, что практически не спали прошлой ночью, так как весь вечер переживали о том, что опоздают на встречу. Также могут описать сложные цепочки беспокойства и почти постоянный фон тревоги из-за частоты их переживаний. Более того, диагностические интервью, проводимые с клиентами с ГТР, бывают довольно длительными, потому что они часто хотят дать исчерпывающие сведения по всем вопросам из страха предоставить неполную или неточную информацию: “Что если я забыл упомянуть нечто важное? Что если лечение не пройдет хорошо из-за того, что я не дал полной картины?”.

Насколько клиенты с одинаковым диагнозом могут проявлять сходство в симптомах, настолько же существенными бывают различия в их презентациях. В то время как многие клиенты с ГТР изначально проявляют минимальную тревогу и незначительные нарушения в повседневной жизни, бывает, наблюдаются более сложные презентации. В таких случаях клиенты могут сообщать о выраженной тревоге, когда даже незначительные задачи, с которыми они хорошо справлялись в прошлом, вызывают сильный стресс; или о значительном промедлении либо уклонении от повседневных обязанностей, а также о появлении депрессивных или дистимических симптомов из-за давнего характера беспокойства

и тревоги. Как отмечалось ранее, клиентов с ГТР часто считают “мнительными”, в результате чего более серьезные случаи могут быть неправильно диагностированы, исходя из предположения, что тревога и связанные с ней расстройства и нарушения “слишком серьезны”, чтобы их можно было отнести к ГТР. Методы оценки, позволяющие правильно идентифицировать генерализованное тревожное расстройство, независимо от типа презентации, подробно рассмотрены в главе 3.

Хотя чрезмерное беспокойство — главная особенность ГТР, следует отметить, что клиенты не всегда описывают его как таковое. В частности, они никогда не используют термин «беспокойство» при описании своих симптомов; поэтому клиницистам приходится спрашивать о симптомах, используя другую терминологию. В целом можно сказать, что большая часть чрезмерного и неконтролируемого беспокойства, с которым сталкиваются клиенты с ГТР, вызвана попыткой мысленно спланировать и подготовиться к любым неожиданностям в будущем. Таким образом, волнение при ГТР можно рассматривать как обширное “построение сценария”, которое обычно принимает следующую форму: “Что если произойдет X? Ну, тогда я мог бы сделать... Но что если Y случится? Что ж, тогда я могу...”. Учитывая это, если клиницист подозревает наличие ГТР, хотя клиент отрицает беспокойство, клиницист может спросить о построении сценария.

Если люди не всегда описывают свои симптомы как беспокойство, на что они ссылаются вместо этого? Некоторые клиенты будут описывать свои тревоги как страхи, тем самым делая проблему похожей на фобию, а не на ГТР. Например, человек с ГТР может описать “страх” вождения, но при дальнейших расспросах озвучивает этот страх как серию утверждений “что если”: “Что если я попаду в аварию и окажусь в больнице? Что если мы не сможем оплатить больничные счета и нам придется продать дом? Что если я потеряю работу из-за несчастного случая?”. Хотя использование таких слов, как страх или тревога, а не беспокойство — это просто особый способ, которым некоторые клиенты выражают свои симптомы, избегание термина “тревога” также может быть связано с убеждением, что она не является веской жалобой на психическое здоровье. То есть некоторые клиенты описывают свое расстройство, как страх или тревогу, поскольку считают эти слова более показательными для расстройства психического здоровья, чем термин “беспокойство”.

Случай Кэтрин

В соответствии с данным выше описанием клинической картины ГТР, кратко рассмотрим течение симптомов Кэтрин, как показано в иллюстрации случая в начале главы. В целом, наблюдаем эскалацию беспокойства и тревоги Кэтрин на протяжении всей жизни. В детстве она волновалась о здоровье младших братьев, и хотя с годами переживания уменьшились, у Кэтрин появились новые заботы, соответствующие изменениям в ее жизни. Например, когда она училась в колледже, беспокойство было сосредоточено на успеваемости; после того как девушка устроилась на работу, вышла замуж и родила двоих детей, ее тревога перешла на работу и здоровье малышей. Соматические симптомы также постепенно усиливались с годами. Во время учебы в колледже Кэтрин начала страдать от серьезных нарушений сна, “часами лежала в постели, прежде чем уснуть”. После рождения второго ребенка соматические симптомы Кэтрин усилились до неуправляемого уровня, она сообщала о почти постоянном чувстве усталости, напряжения и беспокойства. По нашему опыту, все более тяжелые и неуправляемые соматические симптомы часто служат для клиентов стимулом обратиться за лечением. Так обстоит дело и с Кэтрин, которая заявила, что ей “надоело постоянно чувствовать стресс и беспокойство”. На самом деле, маловероятно, что она ожидала, будто лечение каким-то образом устранил ее чрезмерную тревогу, поскольку заявила, что у нее “ген тревожности”.

Интересно отметить, что в попытке справиться со своими тревогами и беспокойством или уменьшить их Кэтрин за долгие годы испробовала многие виды защитного поведения, связанные с ГТР. Например, когда ее страх о благополучии матери усилился, она постоянно звонила ей в течение дня, чтобы убедиться, что с мамой все в порядке. Во время учебы в колледже Кэтрин все переспрашивала у одноклассников и профессоров, чтобы удостовериться, что ее конспекты правильны, также она часто перепроверяла свои работы на наличие ошибок. Защитное поведение продолжилось позже, когда девушка начала работать. Несмотря на ощущение перегруженности обязанностями, Кэтрин не делегировала задачи другим сотрудникам, чтобы быть уверенной в выполнении работы “должным образом”. Такое поведение не только поддерживало ее симптомы, но, вероятно, усугубляло ее чувство усталости и общей тревоги.

Один из наиболее примечательных моментов в случае Кэтрин — нарушения и дистресс, вызванные ее симптомами. В частности, мы видим постепенное снижение качества ее жизни на протяжении многих лет, несмотря на высокий уровень эффективной активности, который она поддерживала в профессиональной и личной сферах (академические успехи, карьера и плодотворная семейная жизнь). Сначала она описывала себя как “менее беззаботную”, чем другие дети ее возраста, но ко времени окончания средней школы и колледжа она постоянно боролась с хроническим стрессом и тревогой.

Снижение качества жизни достигло апогея после рождения второго ребенка, когда Кэтрин чувствовала себя “напряженной и нервной” всякий раз, проводя время с детьми. Хотя у некоторых клиентов с ГТР заметно влияние расстройства на их жизнь из-за социальных или профессиональных нарушений (например, межличностных трудностей или потери работы), снижение уровня радости и качества жизни Кэтрин, несмотря на ее заметные успехи, является хорошим примером порой парадоксальной презентации ГТР. Некоторые клиенты кажутся обманчиво функциональными: внешне они демонстрируют высокую работоспособность благодаря умению поддерживать успешную карьеру и семейную жизнь, но, тем не менее, симптомы ГТР сильно их ослабляют. Многие клиенты с ГТР описывают чувство мошенничества из-за дихотомии внешне функционального состояния, в то время как они ощущают сильное внутреннее расстройство. Со временем такие люди, как Кэтрин, сообщают о крайней усталости из-за переутомления и необходимости “делать все” самостоятельно. В результате из-за хронического беспокойства и тревоги они испытывают чувство “выгорания”.

Эпидемиология

Учитывая, что ГТР — хроническое расстройство, часто ведущее к сильному дистрессу и нарушениям, исследования распространенности и связанных с этим особенностей заболевания могут дать ответы на жизненно важные вопросы. Сколько людей страдает ГТР? Это расстройство чаще диагностируют у женщин или у мужчин? Когда обычно проявляются симптомы, как долго они длятся и возникают ли изолированно? В следующих разделах рассмотрим эти вопросы путем представления эпидемиологических данных о генерализованном

тревожном расстройстве, полученных как в обществе, так и в клинических условиях.

Распространенность среди населения в целом

Если учесть многочисленные изменения диагностических критериев ГТР за прошедшие годы, можно было бы ожидать, что с какой-либо точностью сообщить о показателях его распространенности будет трудно. В частности, многие крупномасштабные эпидемиологические исследования распространенности ГТР были проведены с использованием критериев *DSM-III* и *DSM-III-R*, которые существенно отличаются от критериев, рассматриваемых в *DSM-IV* и *DSM-5*. Было бы не удивительным, если бы показатели распространенности ГТР заметно менялись от исследования к исследованию. Однако, похоже, это не так. Что касается исследований в обществе, когда людей из общей популяции опрашивают о симптомах различных расстройств психического здоровья, показатели распространенности относительно одинаковы. Что до годовичного показателя распространенности, то вероятность ГТР составляет примерно от 2 до 4%, в то время как показатели распространенности расстройства в течение жизни колеблются от 4 до 7% (табл. 1.1 с указанием фактических данных по исследованиям). Другими словами, от 2 до 4% населения будут соответствовать критериям ГТР в той или иной год, в то время как у от 4 до 7% населения ГТР разовьется в какой-то момент жизни.

Хотя это не делает ГТР наиболее распространенной проблемой психического здоровья, очевидно, что значительная часть населения в целом подвержена риску либо страдать от ГТР, либо развить его в какой-то момент в будущем. На самом деле, вышеупомянутые показатели могут свидетельствовать о недооценке фактической распространенности ГТР в обществе. В превосходном обзоре эпидемиологии расстройства Рональд Кесслер и его коллеги отметили, что в отношении основных эпидемиологических характеристик ГТР все еще сохраняется некоторая неопределенность [Kessler, Walters, & Wittchen, 2004]. Это результат трудностей в сопоставлении исследований из-за изменения критериев *DSM*, а также продолжающихся дебатов по поводу соответствующих критериев и пороговых значений для диагностики ГТР. Авторы предполагают, что истинная распространенность расстройства в обществе на самом деле может достигать 5–8%. Для

определения точного уровня ГТР среди населения в целом необходимы дальнейшие исследования.

Таблица 1.1. Показатели распространенности ГТР в трех крупномасштабных общественных исследованиях с использованием критериев DSM-III, DSM-III-R и DSM-IV

Исследование	Годичный период, %	В течение жизни, %
Эпидемиологическое исследование фиксированной территории (критерии <i>DSM-III</i>) ^a	2–3,6	4,1–6,6
Национальное исследование коморбидной патологии (критерии <i>DSM-III-R</i>) ^b	3,1	5,1
Австралийское национальное исследование психического здоровья и благополучия (критерии <i>DSM-IV</i>) ^c	3,6	н/д
Повторное национальное исследование коморбидной патологии (критерии <i>DSM-IV</i>) ^{d, e}	3,1	5,7

^a[Blazer et al. 1991].

^b[Wittchen, Zhao, Kessler, & Eaton, 1994].

^c[Hunt et al., 2002].

^d[Kessler, Chiu, Demler, Merikangas, & Walters, 2005].

^e[Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas, & Walters, 2005].

Распространенность в клинической группе

Переходя от исследований в обществе к учреждениям первичной медико-санитарной помощи, мы наблюдаем резкое увеличение распространенности ГТР. Основываясь на нескольких исследованиях, в том числе на многоцентровом исследовании Всемирной организации здравоохранения, можем сказать, что 8% людей, обращающихся за первичной медицинской помощью, соответствуют диагностическим критериям ГТР [Maier et al., 2000; Üstün & Sartorius, 1995]. Более того, у 25% лиц, обратившихся к врачам по поводу проблем с психическим здоровьем, диагностировано чистое ГТР (отсутствие сопутствующих заболеваний). Действительно, ГТР является наиболее частым тревожным расстройством и вторым по частоте среди всех психических расстройств в учреждениях первичной медицинской помощи [Barrett,

Oxman, & Gerber, 1988; Wittchen et al., 2002]. Таким образом, ГТР — не только изнуряющее расстройство, связанное с низким качеством жизни, это также очень распространенная проблема, особенно в клинических условиях.

Возраст проявления, течение и ремиссия

Возраст проявления ГТР имеет бимодальное распределение с двумя периодами, когда люди подвергаются наибольшему риску развития расстройства. Примерно две трети людей с ГТР испытывают раннее проявление расстройства в возрасте от 11 до 20 лет. В подавляющем меньшинстве расстройство развивается в зрелом возрасте [*Blazer, Hughes, & George, 1987; Brown, Barlow, & Liebowitz, 1994*]. При раннем начале ГТР обычно нет драматического жизненного стресса или перехода от более раннего состояния, ускоряющего развитие заболевания, хотя постепенное увеличение обязанностей и проблемы переходного подросткового возраста могут сыграть значительную роль [*Cole, Peeke, Martin, Truglio, & Seroczynski, 1998; Sprujit-Metz & Sprujit-Metz, 1997*]. В отличие от коварного развития ГТР с ранним началом, похоже, что значительный жизненный стресс (например, смерть близкого человека или важный жизненный перелом), скорее всего, будет провоцирующим фактором для ГТР с поздним началом [*Hoehn-Saric, Hazlett, & McLeod, 1993*].

Независимо от возраста развития расстройства, симптомы ГТР, как правило, носят хронический и непрекращающийся характер. Более того, хотя со временем степень тяжести ГТР меняется, причем эскалация обычно происходит в ответ на жизненные стрессоры, эпизоды расстройства сохраняются более 10 лет [*Kessler, Keller, & Wittchen, 2001; Stein, 2004*]. Тем не менее, несмотря на непрекращающееся течение заболевания, многие люди с ГТР ждут более 25 лет, прежде чем обратиться за лечением [*Rapee, 1991*].

Что касается ремиссии, симптомы ГТР редко ослабевают естественным образом с течением времени. В крупномасштабной работе “Программа исследования тревожности” Гарвардского/Брауновского университетов (Harvard/Brown Anxiety Research Program, HARP) с целью изучения естественного течения ГТР только 15% участников показали полную ремиссию симптомов через один год, у 25% ремиссия произошла через два года и у 38% — через пять лет [*Yonkers, Warshaw, Massion, & Keller, 1996*]. Однако ремиссию подтверждали,

если у участников не было симптомов в течение восьми недель подряд. Поскольку с течением времени симптомы ГТР могут усиливаться и ослабевать, эти проценты являются завышенной оценкой фактических показателей ремиссии. На самом деле, у значительного числа участников позднее был обнаружен “рецидив”, что подтверждает сохранение симптомов ГТР и хронический характер расстройства. По сути, если люди с ГТР не получают лечения своих симптомов в какой-либо форме, они, скорее всего, будут продолжать испытывать чрезмерное беспокойство и тревогу большую часть жизни.

Возрастные и гендерные различия

Если говорить о гендерном составе ГТР, то расстройство чаще встречается у женщин, чем у мужчин, и этот вывод был достоверно и последовательно продемонстрирован в большом количестве исследований. Например, в Национальном исследовании коморбидной патологии и Эпидемиологическом исследовании фиксированной территории, крупномасштабных изысканиях показателей распространенности психического здоровья в США, сообщается, что у женщин ГТР проявляется практически вдвое чаще, чем у мужчин. В частности, с точки зрения годовичного показателя распространенности, примерно у 4% женщин было выявлено ГТР по сравнению с 2% мужчин [Blazer et al., 1991; Wittchen et al., 1994].

Вывод о том, что у женщин ГТР диагностируется чаще, чем у мужчин, согласуется с выводами, полученными в отношении многих других тревожных расстройств. В Национальном исследовании коморбидной патологии были обнаружены более высокие показатели распространенности панического расстройства, агорафобии, социального тревожного расстройства и специфической фобии среди женщин. Фактически, показатели распространенности любого тревожного расстройства варьировались от 22 до 30% у женщин по сравнению с 12–20% у мужчин [Kessler et al., 1994]; вывод был подтвержден в повторном Национальном исследовании коморбидной патологии с соотношением 1,9 к 1 для развития любого интернализирующего расстройства (например, тревожных и депрессивных расстройств) у женщин [Kessler, Chiu et al., 2005]. Для объяснения гендерной разницы было выдвинуто множество психосоциальных и биологических теорий, все они могут оказывать аддитивное влияние на сообщения о тревоге среди женщин,

но до сих пор не дан окончательный ответ на вопрос, почему женщины чаще, чем мужчины, сообщают о том, что страдают от тревоги.

Связь между полом и ГТР кажется относительно ясной, возраст же имеет более сложную взаимосвязь с расстройством. Например, хотя в нескольких эпидемиологических исследованиях были выявлены самые высокие показатели распространенности ГТР в среднем возрасте (от 35 до 55 лет) и самые низкие показатели среди людей старше 55 лет [Blazer et al., 1991; Kessler, Berglund et al., 2005; Wittchen et al., 2002], исследования ГТР и старения выявили иную закономерность. В частности, ГТР — наиболее распространенное расстройство среди пожилых людей, и на самом деле может наблюдаться устойчивый рост показателей ГТР с возрастом даже у лиц старше 65 лет [Beekman et al., 1998; Carter, Wittchen, Pfister, & Kessler, 2001]. Что еще более усложняет проблему возраста и ГТР: исследование беспокойства среди пожилых людей показало, что лица в возрасте 75 лет и старше значительно менее обеспокоены, чем люди в возрастной категории от 65 до 74 лет [Doucet, Ladouceur, Freeston, & Dugas, 1998], что противоречит представлению о том, будто показатели ГТР неуклонно увеличиваются в пожилом возрасте.

Расхождения в сообщениях о наличии ГТР в зависимости от возрастной группы лиц могут быть обусловлены несколькими факторами. Во-первых, поскольку ГТР — хроническое заболевание с низкой скоростью ремиссии, можно было бы ожидать, что взрослые средних лет будут иметь более высокий риск развития этого расстройства в течение жизни, чем люди в более молодых возрастных группах. Во-вторых, с точки зрения расхождения в показателях распространенности среди пожилых людей, похоже, что тревожные расстройства у многих пожилых людей не диагностируются, потому что у них также бывают проблемы со здоровьем с симптомами, похожими на те, которые наблюдаются при тревожных расстройствах, что маскирует наличие ГТР [Stanley & Novy, 2000]. В результате идентификация ГТР и, в конечном счете, зарегистрированные показатели могут отличаться от исследования к исследованию в зависимости от точности, с которой ГТР отличается от жалоб на физическое здоровье. С практической точки зрения трудно с какой-либо уверенностью сказать, в какой возрастной группе наиболее вероятен диагноз ГТР. Однако, поскольку мы знаем, что расстройство часто начинается в подростковом или в раннем взрослом возрасте, является хроническим и вряд ли само по себе пройдет, мы

можем предположить, что начиная со среднего возраста и далее показатели ГТР, вероятно, будут относительно высокими.

Коморбидность

В эпидемиологических исследованиях ГТР был сделан последовательный вывод о том, что у подавляющего большинства людей с этим расстройством есть и другие диагностированные проблемы. В частности, более 90% лиц, столкнувшихся с признаками ГТР в том или ином году, также будут иметь, по крайней мере, один другой диагноз *DSM-IV* (список сопутствующих заболеваний приведен в табл. 1.2). Депрессивные расстройства — наиболее распространенные сопутствующие заболевания, однако более половины клиентов с ГТР также будут иметь дополнительное тревожное расстройство, например, паническое или социальное тревожное расстройство.

Таблица 1.2. Распространенность коморбидных расстройств *DSM-IV* у лиц с ГТР

Расстройства <i>DSM-IV</i>	Одномесечный ГТР ^а , %	Одногодичный ГТР ^б , %
Злоупотребление/зависимость от алкоголя	8,2	6,4
Никотиновая зависимость	н/д	14,0
Злоупотребление/зависимость от наркотиков	5,8	1,4
Глубокая депрессия	39,3	59,0
Дистимия	17,7	36,2
Паническое расстройство	13,9	21,5
Агорафобия без паники	5,2	11,3
Социальное тревожное расстройство	21,2	28,9
Специфическая фобия	н/д	29,3
Фобия без специфических характеристик	н/д	10,6
Обсессивно-компульсивное расстройство	5,8	10,0
Посттравматическое стрессовое расстройство	12,4	н/д

Окончание табл. 1.2

Расстройства DSM-IV	Одномесечный ГТР ^a , %	Одногодичный ГТР ^b , %
Любое соматоформное расстройство*	н/д	48,1
Любое расстройство пищевого поведения	н/д	2,5
Любое депрессивное расстройство	44,9	70,6
Любое тревожное расстройство	37,4	55,9
Любое из вышеперечисленных расстройств	67,8	93,1

^aДанные взяты из Австралийского национального исследования психического здоровья и благополучия [Hunt et al., 2002].

^bДанные взяты из дополнения по психическому здоровью к Национальному интервью по вопросам здравоохранения Германии [Carter et al., 2001].

*Категория “любое соматоформное расстройство” включает в себя боевое расстройство, ипохондрию (тревожное расстройство болезни) и соматизацию.

Тот факт, что ГТР имеет такой высокий уровень коморбидности с другими расстройствами, заставил нескольких экспертов по тревожным расстройствам дискутировать, действительно ли ГТР можно считать самостоятельным заболеванием. То есть, поскольку люди с ГТР нередко страдают и от других проблем, существует некоторое противоречие относительно того, является ли ГТР независимым расстройством или просто “продромальным” состоянием, способствующим развитию других тревожных или депрессивных расстройств [Akiskal, 1998; Maser, 1998; Roy-Byrne & Katon, 1997]. Благодаря нескольким независимым направлениям исследований, в том числе исследованию специфичности симптомов ГТР [Brown, Chorpita, & Barlow, 1998; Maier et al., 2000], утверждение, что данное расстройство не является уникальным диагностическим объектом, было опровергнуто.

Во-первых, при рассмотрении показателей распространенности в течение жизни частота сопутствующей патологии среди лиц с ГТР не превышает той, что наблюдается у лиц с другими тревожными расстройствами. Согласно Национальному исследованию коморбидной патологии, хотя подавляющее большинство людей с ГТР, проявляющимся в течение жизни, имели по крайней мере одно сопутствующее

расстройство, это в равной степени относится и к людям с другими тревожными и депрессивными расстройствами. Во-вторых, исследования показали, что временное первенство ГТР аналогично тому, что наблюдается для большинства других тревожных и депрессивных расстройств. Иными словами, начало ГТР систематически не предшествует или не следует за появлением сопутствующих заболеваний. Единственное исключение из этого правила — то, что ГТР часто возникает в качестве первого расстройства у лиц с сопутствующим тяжелым депрессивным расстройством [Kessler et al., 2004]. Из-за хронического и непрекращающегося характера ГТР, безусловно, неудивительно, что длительная борьба с его симптомами может негативно сказаться на настроении человека. Проще говоря, чувство постоянного беспокойства и тревоги в течение длительного периода времени, скорее всего, сильно угнетает. В какой-то степени тот факт, что ГТР часто возникает до депрессии, согласуется с этой гипотезой.

Цена ГТР

Несмотря на ранние утверждения о том, что ГТР приводит к минимальным функциональным нарушениям из-за его тонкого (но коварного) проявления, данное расстройство на самом деле оказывает большое влияние на качество жизни. Исследование давления ГТР на индивида выявило значительные нарушения многих показателей качества жизни, таких как социальное и профессиональное функционирование, наравне с теми, что наблюдаются при серьезных депрессивных расстройствах и хронических заболеваниях [Hoffman et al., 2008]. Однако, помимо издержек для отдельного человека, страдающего ГТР, существуют также значительные издержки для общества в целом. При изучении экономического бремени проблем психического здоровья обычно рассматриваются две широкие категории: прямые и косвенные издержки [Dupont et al., 1996; Greenberg et al., 1999]. Прямые расходы связаны с использованием медицинских услуг, в том числе с консультациями у различных практикующих врачей и психиатров, посещением отделений неотложной помощи и приемом лекарств. Косвенные издержки, как правило, связаны с низкой производительностью труда, прогулами работы, финансовой зависимостью (социальная помощь, страхование занятости) и нагрузкой на опекунов. Что до ГТР, то издержки

для общества, как прямые, так и косвенные, на удивление значительны [Koerner et al., 2004].

Прямые издержки

Если принимать во внимание все тревожные расстройства, то оказывается, что диагноз ГТР связан с одним из самых высоких показателей обращения за медицинской помощью. В Национальном исследовании коморбидной патологии 66% опрошенных с ГТР сообщили, что обращались за профессиональной помощью по поводу своих симптомов [Wittchen et al., 1994]. Аналогичный вывод был сделан в Австралийском национальном исследовании психического здоровья и благополучия, где более половины людей с диагнозом ГТР сообщили о консультациях с медицинскими работниками. Интересно, что из всех обратившихся за помощью только 14% пришли к специалисту по психическому здоровью [Hunt et al., 2002]. Когда люди с ГТР обращаются за помощью, они, как правило, прибегают к услугам семейных врачей, медсестер и медицинских специалистов, что зачастую ведет к многочисленным дорогостоящими и ненужным медицинским обследованиям. На самом деле, клиенты с ГТР удивительно регулярно злоупотребляют этими ресурсами первичной помощи, поскольку, как было установлено, сообщают о вдвое большем среднем количестве посещений учреждений первичной медицинской помощи по сравнению с клиентами с депрессией [Wittchen et al., 2002]. Что касается посещений специалистов, не связанных с психическим здоровьем, данные показывают, что люди с ГТР очень часто консультируются, особенно с кардиологами и гастроэнтерологами [Kennedy & Schwab, 1997; Logue et al., 1993]. Однако наиболее тревожит то, что, несмотря на многочисленные медицинские визиты, менее 10% клиентов с ГТР получают адекватное психологическое или фармакологическое лечение [Wittchen, 2002]. Вероятно, это связано с тем, что диагноз ГТР часто “упускается” при оказании первой медицинской помощи. В практическом плане эти результаты выявляют тот факт, что неправильный диагноз ГТР дорого обходится не только человеку, годами страдающему от излечимого состояния, но и обществу, поскольку непроработанный ГТР дорого обходится системе здравоохранения с точки зрения времени, денег и медицинских ресурсов.

Косвенные издержки расстройства

В дополнение к нагрузке ГТР на систему здравоохранения, недиагностированное и непроработанное расстройство оказывает пагубное влияние на производительность труда. Согласно Австралийскому эпидемиологическому исследованию, более половины опрошенных за последний месяц провели, по крайней мере, один день нетрудоспособности, который они объясняли своим беспокойством [Hunt et al., 2002]. Другое исследование показало, что примерно у трети лиц с ГТР в результате их тревоги производительность труда снизилась на 10% или более, а у 11% — вдвое [Wittchen, Carter, Pfister, Montgomery, & Kessler, 2000]. Влияние косвенных издержек было подчеркнуто в американском исследовании ежегодных затрат на тревожные расстройства в 1990 году. Установлено, что только в том году в результате тревожных расстройств было потрачено от 42 до 47 млрд долл. Хотя большая часть расходов была связана с психиатрическим и непсихиатрическим лечением, снижение производительности труда составило 10% от этой суммы (более 4 млрд долл.) [Greenberg et al., 1999]. В недавнем исследовании финансового влияния тревоги на здравоохранение США подсчитано, что ежегодно на прямые медицинские расходы при тревожных расстройствах тратится более 33 млрд долл. [Shirneshan et al., 2013]. Несмотря на то, что эти цифры отражают стоимость всех тревожных расстройств, вклад ГТР является существенным. Учитывая, что диагноз ГТР связан с чрезмерным использованием медицинских услуг и снижением производительности труда в течение многих лет (из-за хронического характера расстройства), это значительная нагрузка на экономику и важная проблема общественного здравоохранения.

Выводы и замечания

Среди тревожных расстройств ГТР уникально тем, что это относительно новая диагностическая категория, впервые официально вошедшая профессиональный язык психического здоровья в 1980 году с третьим изданием *DSM*. С тех пор ГТР претерпело несколько изменений в своих критериях, что стало предметом многочисленных дискуссий, особенно с точки зрения его места в *DSM* как отдельного диагностического объекта. Интересно, что фундаментальные и эпидемиологические исследования постепенно изменили восприятие ГТР

с резидуального расстройства с легкими сопутствующими нарушениями до широко распространенного, хронического и инвалидизирующего заболевания, которое тяжелым экономическим бременем ложится на общество.

ГТР также является расстройством, которое демонстрирует самую низкую диагностическую надежность среди всех тревожных расстройств, его часто неправильно диагностируют и либо лечат неправильно, либо вообще не лечат. Поскольку значительное количество клиентов с ГТР, похоже, “остаются незамеченными” системой здравоохранения (несмотря на их чрезмерное использование этой системы), жизненно важно, чтобы клиницисты научились распознавать, понимать и, в конечном счете, лечить ГТР. Таким образом, следующие главы книги будут посвящены таким вопросам.

- Мы постараемся дать клиницистам представление о когнитивно-поведенческих процессах, лежащих в основе расстройства, посредством изложения эмпирически подтвержденной модели ГТР.
- Дадим полезные стратегии и рекомендации, которые помогут врачам-клиницистам распознать симптомы ГТР и позволят им провести тщательную оценку.
- Опишем лечение ГТР, основанное на нашей когнитивно-поведенческой модели, при этом первостепенное значение придается роли интолерантности к неопределенности в поддержании расстройства.
- Рассмотрим данные об эффективности лечения и предложим возможные решения для факторов, которые могут его осложнить.

Авторы надеются, что эта книга станет полезным ресурсом для врачей, работающих с клиентами с ГТР. Хотя уникальное проявление этого расстройства порой бывает неуловимым, крутизна кривой обучаемости может оказаться колоссальной с точки зрения приобретения навыков в оценке и лечении расстройства. Мы считаем, что более глубокое знакомство с проявлением и внутренней работой ГТР позволит специалистам должным образом демистифицировать расстройство. Мы постарались включить в книгу как можно больше практических советов и стратегий диагностики и лечения ГТР, чтобы она была максимально полезной для клиницистов, работающих с людьми с данным заболеванием.