КПТ при тревоге

Паника, социальная тревога, ГТР и фобии: модели Кларка, Уэллса, Дюга и Борковца, что делают в терапии и что говорят данные

ЧЕРНОВИК текст ещё не утверждён автором и может измениться.

18 глав ~49 мин чтения

Насколько надёжен каждый факт

Доказано исследованиями | Клинический консенсус | Со слов автора | Трактовка / спорно | Документальный факт | Не проверено

Коротко: главное

- **Страх и тревога — не одно и то же.** Страх — реакция на угрозу здесь и сейчас, тревога — на угрозу, которую человек ожидает в будущем. Обе нормальны; расстройством тревога становится, когда она избыточна, держится месяцами и мешает жить.
- **Одна паническая атака — ещё не расстройство.** Хотя бы одна атака за жизнь бывает примерно у 13 человек из 100, паническое расстройство — меньше чем у 2 из 100.
- **Тревогу поддерживает защита от неё.** Во всех главных моделях КПТ страх держится не на самой угрозе, а на избегании и «поведениях безопасности»: они не дают убедиться, что катастрофа не случается.
- **Паника — это интерпретация ощущений.** По модели Дэвида Кларка (1986) атаку раскручивает убеждение, что обычные телесные ощущения означают беду: «сердце колотится — значит, инфаркт».
- **«Расслабьтесь и дышите» — не лечение паники.** В большом компонентном анализе мышечная релаксация была связана с худшим результатом терапии, польза дыхательного тренинга не доказана, а лучше всего работали очная терапия с пересмотром мыслей и намеренным вызыванием пугающих ощущений.
- **При социальной тревоге индивидуальная КПТ — первый выбор** по британским рекомендациям NICE. В испытании группы Кларка после когнитивной терапии диагноз больше не ставился у 84% участников.
- **У генерализованной тревоги несколько моделей:** непереносимость неопределённости (Дюга), убеждения о самом беспокойстве (Уэллс), беспокойство

как избегание (Борковец). Все они лечатся, но лучшую модель данные пока не определили.

- **Тревогу о здоровье поддерживают проверки и поиск заверений.** В испытании CHAMP после 5–10 сессий КПТ нормальный уровень тревоги о здоровье через год был примерно вдвое чаще, чем при обычной помощи: 14% против 7%. Новые симптомы сначала обследует врач.
- **КПТ работает, но не волшебно.** Против листа ожидания эффект большой, против плацебо — умеренный. Ключевые испытания провели сами авторы методов, и это нужно держать в уме.

Хронология

1985 — Бек, Эмери и Гринберг: книга о когнитивном подходе к тревожным расстройствам и фобиям
КОГНИТИВНАЯ ЛИНИЯ

1986 — Дэвид Кларк (Оксфорд): когнитивная модель паники
КОГНИТИВНАЯ ЛИНИЯ

1988 — Барлоу и Краске: руководство Mastery of Your Anxiety and Panic, основа протокола контроля паники
ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ЛИНИЯ

1989 — Ларс-Йоран Ёст: лечение специфических фобий за один сеанс
ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ЛИНИЯ

1990 — Борковец и Ху: беспокойство приглушает реакцию сердца на пугающий образ
ДАННЫЕ

1991 — Пол Салковскис: концепция поведений безопасности
КОГНИТИВНАЯ ЛИНИЯ

1994 Испытание Кларка и коллег: когнитивная терапия против релаксации и имипрамина при панике

ДАННЫЕ

1995 Кларк и Уэллс: модель социальной фобии; Уэллс: метакогнитивная модель генерализованной тревоги

КОГНИТИВНАЯ ЛИНИЯ

1998 Дюга и коллеги: модель непереносимости неопределённости

КОГНИТИВНАЯ ЛИНИЯ

2000 Испытание Барлоу и коллег: КПТ, имипрамин и их сочетание при панике (312 человек)

ДАННЫЕ

2006 Испытание Кларка и коллег: когнитивная терапия социальной фобии, 84% против 42%

ДАННЫЕ

2008 Книга Уэллса о метакогнитивной терапии

ТРЕТЬЯ ВОЛНА

2011 NICE CG113: рекомендации по генерализованной тревоге и панике

ДАННЫЕ

2013 NICE CG159: первые рекомендации NICE по социальной тревоге

ДАННЫЕ

2014 Сетевой метаанализ 101 испытания при социальной тревоге

ДАННЫЕ

2017 Единый протокол Барлоу не уступил специализированным протоколам

ДАННЫЕ

2018 Метаанализ плацебо-контролируемых испытаний КПТ; компонентный анализ терапии паники

ДАННЫЕ

Как читать: метки надёжности

У каждого важного утверждения стоит метка в скобках, а после точки с запятой — источник. **Доказано исследованиями** — рандомизированные испытания (участников по жребию делят на группы и сравнивают результат) или метаанализы (сводки многих испытаний). **Клинический консенсус** — клинические рекомендации (например, британского института NICE), классификации болезней и позиции профессиональных ассоциаций. **Со слов автора** — модель или утверждение самого создателя метода, которое независимо не проверялось. **Трактовка** — прочтение данных, которое можно оспорить. **Документальный факт** — даты, публикации, названия. **Не проверено** — первоисточник открыть не удалось. Если источники расходятся, приводятся обе версии.

Важно Это просвещение, а не терапия и не диагностика. Техники ниже описаны так, как их применяют в терапии, а не как инструкция «сделайте сами вместо терапии». Симптомы паники похожи на симптомы болезней сердца, лёгких и других органов, поэтому медицинские причины исключает врач. В тексте коротко упоминается риск самоповреждения; если вам нужна поддержка прямо сейчас, откройте раздел «Если нужна помощь прямо сейчас».

Страх и тревога: в чём разница

Классификации болезней проводят границу по времени: страх — про «сейчас», тревога — про «а вдруг потом».

Представьте, что вы переходите дорогу, и из-за угла выезжает машина. Вы отпрыгиваете раньше, чем успеваете подумать. Это страх. А теперь представьте, что до разговора с начальником ещё неделя, а вы уже плохо спите, прокручиваете, что он скажет, и чувствуете, как напряжены плечи. Это тревога.

Международная классификация болезней МКБ-11 описывает страх как реакцию на воспринимаемую непосредственную угрозу в настоящем, а тревогу — как реакцию, больше направленную в будущее, на ожидаемую угрозу **клинический консенсус; МКБ-11, ВОЗ, версия 2026-01, по Find-A-Code**. Американский справочник DSM-5 добавляет, что страх чаще связан со всплесками возбуждения «бей или беги» и бегством, а тревога — с мышечным напряжением, настороженностью и избеганием **клинический консенсус; DSM-5, по Eppel & Swinson, 2024**. Текущая редакция справочника — DSM-5-TR (2022); дословно сверить с ней эту формулировку не удалось **не проверено**.

Обе реакции нормальны и полезны: страх уводит из-под машины, тревога заставляет готовиться к экзамену. Проблема начинается, когда тревога становится избыточной для ситуации, держится месяцами и начинает решать за человека, куда ходить и с кем говорить. Тогда говорят о тревожном расстройстве.

Какие бывают тревожные расстройства

В МКБ-11 есть отдельная группа «Тревожные расстройства и расстройства, связанные со страхом». Расстройства внутри неё различаются тем, *что именно* вызывает опасение **клинический консенсус; МКБ-11, ВОЗ, версия 2026-01, по Find-A-Code; Domschke & Zwanzger, 2025**.

Расстройство	Чего человек боится	Пример из жизни
Паническое расстройство	Повторяющихся неожиданных панических атак и их последствий	Перестать ездить в метро «на всякий случай»
Агорафобия	Ситуаций, из которых трудно выбраться или где недоступна помощь	Не выходить из дома без сопровождения
Социальное тревожное расстройство	Негативной оценки других людей, в том числе из-за видимых признаков тревоги	Отказаться от повышения, чтобы не выступать на планёрках
Генерализованное тревожное расстройство (ГТР)	Многих повседневных вещей сразу: семья, здоровье, деньги, работа	Каждый вечер прокручивать десяток «а вдруг»
Специфическая фобия	Конкретного объекта или ситуации	Годами не летать в отпуск из-за страха полёта

В МКБ-11, как и в DSM-5, паническое расстройство и агорафобия ставятся отдельно и могут сочетаться **документальный факт; Domschke & Zwanzger, 2025**. Для генерализованной

тревоги в МКБ-11 убрали жёсткий шестимесячный срок и фиксированное число симптомов: нужны выраженные симптомы «не менее нескольких месяцев, большую часть дней» **документальный факт; Domschke & Zwanzger, 2025**. Обсессивно-компульсивное расстройство и посттравматическое стрессовое расстройство в МКБ-11 вынесены в другие группы; о них — в выпуске 9.

Насколько это распространено

Показатель	Цифра	Источник
Люди с тревожными расстройствами в мире	около 470 млн, около 5,8% населения (оценка за 2023 год)	ВОЗ, информационный бюллетень от 15 сентября 2026 года
Прежняя оценка ВОЗ	около 301 млн, около 4% (за 2019 год)	ВОЗ, бюллетень 2023 года; Javaid et al., 2023
Женщины и мужчины	у женщин в 1,66 раза чаще	Javaid et al., 2023
Получают хоть какое-то лечение	около 1 из 4 нуждающихся (27,6%)	ВОЗ

Две оценки ВОЗ относятся к разным годам: 301 млн — за 2019 год, 470 млн — за 2023 год; актуальная — вторая **документальный факт; ВОЗ, 2023 и 2026**. Обе показывают одно: тревожные расстройства — одни из самых частых психических расстройств, и большинство людей с ними не получает помощи.

Общая логика КПТ: защита, которая поддерживает страх

У каждого тревожного расстройства своя модель, но механизм у них общий.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) при тревоге — не один метод, а семейство протоколов. Протокол — это расписанный план терапии с понятными шагами. У каждого расстройства есть своя когнитивная модель: что именно человек считает опасным и что он делает, чтобы защититься. Терапия прицельно ломает то, что поддерживает тревогу **документальный факт; Barlow et al., 2017**.

Общая идея звучит неожиданно: тревогу поддерживает не сама угроза, а то, что человек делает, чтобы от неё защититься.

- При панике человек садится и держится за стену, «чтобы не упасть».
- При социальной тревоге молчит и прячет руки, «чтобы не заметили, как они дрожат».

- При генерализованной тревоге продолжает беспокоиться, «чтобы быть готовым к худшему».

Поведения безопасности

Британский психолог Пол Салковскис в 1991 году описал такие действия как **поведения безопасности** (safety-seeking behaviours). Это действия, которые, по мнению человека, предотвращают катастрофу. Раз человек уверен, что они его спасают, «спонтанное опровержение угрозы становится особенно маловероятным», и поэтому поведения безопасности могут быть ключевым фактором, который поддерживает тревожные расстройства **со слов автора; Salkovskis, 1991**.

Как это выглядит в жизни. Человек боится упасть в обморок в магазине и всегда держится за тележку. Обморока не случается. Вывод мозга: «Хорошо, что держался». Проверить, упал бы он без тележки, не получается никогда, поэтому страх остаётся прежним.

Рядом с поведениями безопасности стоит **избегание**: человек просто не идёт туда, где страшно. Избегание даёт облегчение сразу, а платить за него приходится потом: мир постепенно сужается.

Как это проверили

В эксперименте Салковскиса, Кларка и коллег (1999) 18 пациентов с паникой и агорафобией провели 15 минут в пугающей ситуации. Одна группа сохраняла привычные защиты, другая намеренно от них отказалась. На повторной проверке у тех, кто отказался от защит, было достоверно меньше тревоги и меньше веры в катастрофу. Авторы сами оговаривают малую выборку и то, что эффект отказа от защит нельзя полностью отделить от эффекта объяснения, которое получали участники **доказано исследованиями, одно небольшое исследование; Salkovskis et al., 1999**.

Расстройство	Чего человек боится	Типичные поведения безопасности	Что пр
Паническое расстройство	Что ощущения означают инфаркт, обморок, сумасшествие	Сесть, держаться за опору, носить воду и таблетку, ездить только с кем-то	Опасн ощуще
Социальная тревога	Что другие заметят тревогу и плохо оценят	Молчать, не смотреть в глаза, репетировать фразы, прятать руки	Так ли тревог другие
ГТР	Что без беспокойства случится плохое; что беспокойство выйдет из-под контроля	Перепроверять, спрашивать «точно всё хорошо?», продумывать всё заранее	Нужна действ беспок неконт
Специфическая фобия	Конкретного объекта или ситуации	Обходить, отказываться, держаться за «безопасного» человека	Случае челове встреч

Таблица — учебная сводка по моделям, описанным ниже **трактовка; по Clark, 1986; Clark & Wells, 1995; Wells, 1995; Salkovskis, 1991**.

Как обычно устроена терапия

В общих чертах путь выглядит так: оценка (беседа и опросники) → исключение медицинских причин симптомов, особенно при панике → индивидуальная схема случая по модели расстройства, которую терапевт рисует вместе с клиентом на примере последнего эпизода → объяснение, как работает тревога → пересмотр мыслей и поведенческие эксперименты → отказ от поведений безопасности → подготовка к возможным откатам **трактовка; общепринятая структура протоколов, по NICE, 2011, 2013**. Как строится схема случая, разобрано в выпуске 4, как пересматривают мысли — в выпуске 5.

Из-за роли поведений безопасности в современных протоколах экспозицию (намеренную встречу со страхом) обычно подают как **поведенческий эксперимент**: человек проверяет конкретный прогноз, например «если отпущу тележку, упаду», и делает это без привычных защит **со слов автора; Clark, 1986; Salkovskis, 1991**. Подробно о поведенческих экспериментах и экспозиции как технике — в выпуске 6.

Миф и как на самом деле **Миф:** КПТ тревоги придумал Бек. **Как на самом деле:** Бек заложил когнитивный подход к тревоге (книга 1985 года с Эмери и Гринбергом), но протоколы, по которым работают сегодня, создавали в основном другие группы: оксфордская (Кларк, Салковскис, Уэллс), бостонская (Барлоу, Краске), квебекская (Дюга, Ладусёр) и пенсильванская (Борковец) **трактовка; по публикациям этих групп**. Как сложилась сама КПТ, рассказано в выпуске 1.

Паника: как тело пугает само себя

Паническая атака — это всплеск страха, а паническое расстройство — это страх перед следующим всплеском.

Паническая атака и паническое расстройство

Паническая атака — резкий всплеск сильного страха или дискомфорта, который достигает пика за несколько минут. Для диагноза в DSM нужно не меньше четырёх симптомов из списка: сердцебиение, потливость, дрожь, ощущение нехватки воздуха, боль в груди, тошнота, головокружение, ощущение нереальности, страх сойти с ума или умереть и другие **клинический консенсус; DSM-5, по Cackovic et al., 2023**. В среднем атака длится около 10 минут **доказано исследованиями, по обзору; Tunnell et al., 2024**.

Паническое расстройство — это когда атаки повторяются *неожиданно*, а потом не меньше месяца человек постоянно боится новых атак или их последствий либо меняет поведение, чтобы их избежать **клинический консенсус; DSM-5, по Cackovic et al., 2023**. В МКБ-11 (код 6B01) описание похожее: повторяющиеся неожиданные атаки, не привязанные к определённым стимулам, плюс стойкое беспокойство или избегание, которые нарушают жизнь **клинический консенсус; МКБ-11, ВОЗ, версия 2026-01, по Find-A-Code**.

Факт **Атака — ещё не расстройство.** По данным Всемирных обследований психического здоровья (142 949 взрослых из 25 стран), хотя бы одна паническая атака за жизнь была у 13,2% людей, а паническое расстройство — у 1,7%. Из тех, у кого были атаки, критериям расстройства соответствовали только 12,8% **доказано исследованиями; de Jonge et al., 2016**. NICE тоже подчёркивает, что паническая атака не обязательно означает паническое расстройство **клинический консенсус; NICE, 2011**.

Медианный возраст начала панического расстройства в этих обследованиях — 32 года, и у 80,4% людей с паническим расстройством за жизнь было ещё какое-то психическое расстройство **доказано исследованиями; de Jonge et al., 2016, 2018**. До 12% пациентов отделений

неотложной помощи соответствуют критериям панического расстройства, а если жалоба — боль в груди, то 20–35% доказано исследованиями, по обзору; Tunnell et al., 2024.

Важно **Сначала врач.** Симптомы паники совпадают с симптомами аритмий, астмы, вестибулярных нарушений и других состояний. Только тщательное медицинское обследование позволяет правильно отнести симптомы к тому или иному состоянию; при этом одно лишь «у вас всё в порядке» часто не помогает, нужны объяснение и терапия доказано исследованиями, нарративный обзор; Tunnell et al., 2024. Корректная формулировка: паническая атака очень неприятна, но после того как врач исключил другие причины, сама по себе она не опасна.

Модель Кларка: порочный круг

В 1986 году оксфордский психолог Дэвид Кларк опубликовал статью «A cognitive approach to panic». Его идея: панические атаки возникают из-за **катастрофической неверной интерпретации** определённых телесных ощущений, в основном тех, что бывают при обычной тревоге: сердцебиения, одышки, головокружения. Главный пример в статье — человек воспринимает сердцебиение как признак надвигающегося инфаркта со слов автора; Clark, 1986.

Круг выглядит так (со слов автора; Clark, 1986; последовательность звеньев — по учебному курсу Открытого университета, OpenLearn):

1. **Триггер** — внешний (душное метро, очередь) или внутренний (сердце забилось после кофе, мысль «а вдруг опять»).
2. **Воспринимаемая угроза.**
3. **Опасение** — тревога растёт.
4. **Телесные ощущения** — сердце колотится, не хватает воздуха, кружится голова, всё кажется ненастоящим.
5. **Катастрофическая интерпретация** — «это инфаркт», «задохнусь», «упаду», «схожу с ума», «потеряю контроль».
6. Интерпретация усиливает угрозу, ощущений становится больше, и круг замыкается за секунды.

Пример **Одна поездка в метро (собирательный пример).** Утром два кофе, в вагоне душно. Сердце забилось быстрее, стало жарко. Мысль: «С сердцем что-то не так. Вдруг инфаркт» — вера 80 из 100. Тревога растёт, сердце бьётся ещё сильнее, покалывает руки. Она выходит на следующей станции, садится на скамейку, медленно дышит. Через несколько минут отпускает. Вывод мозга: «Хорошо, что вышла, иначе было бы плохо». В следующий раз — такси, и страх метро растёт.

Почему круг не размыкается сам. Во-первых, поведения безопасности: сесть, держаться за поручень, носить с собой воду и таблетку, выходить только с кем-то. Каждый раз, когда атака заканчивается без катастрофы, человек объясняет это защитой **со слов автора; Salkovskis, 1991**. Во-вторых, внимание: тот, кто боится за сердце, постоянно его проверяет и замечает удары, которых другой просто не услышал бы. В-третьих, избегание ситуаций и занятий, которые вызывают ощущения (спорт, жара, кофе), что ведёт к агорафобии **трактовка; по описанию модели в OpenLearn и Psychology Tools**.

Модель объясняет и атаки «как гром среди ясного неба»: безобидное ощущение, например после бега за автобусом, человек связывает с паникой. И ночные атаки: ощущение во сне запускает круг, и атака будит человека **со слов автора; по изложению модели в OpenLearn**. Критики указывают на ночные атаки без осознаваемой пугающей мысли и на биологические модели паники; эти линии критики для конспекта по первоисточникам не открывались **не проверено**.

Модель проверяли и косвенно: когнитивные показатели в конце лечения предсказывали исход на отдалённом наблюдении в испытаниях 1994 и 1999 годов, что согласуется с моделью **доказано исследованиями; Clark et al., 1994; Clark et al., 1999**.

Факт **«ВСД» и паника.** На постсоветском пространстве многим ставили «вегетососудистую дистонию». Неврологи Сеченовского университета пишут, что этого диагноза нет в МКБ-10, у него нет общепринятых критериев, термин «не применяется в мировой медицине», а «под маской ВСД часто обнаруживаются тревожные расстройства», в том числе паническое расстройство; ошибочный ярлык ведёт к неэффективному лечению **клинический консенсус, рецензируемый обзор; Головачева и Парфенов, 2017**. Если вам когда-то поставили «ВСД», имеет смысл обсудить с врачом, не тревожное ли это расстройство.

Как лечат панику

Самое эффективное в терапии паники звучит странно: пугающие ощущения вызывают нарочно.

Когнитивная терапия паники (Оксфорд)

Протокол Кларка и Салковскиса в общем виде включает такие шаги **трактовка; общепринятое описание протокола, руководство не открывалось**:

1. Вместе с клиентом разобрать по модели конкретный эпизод: ощущения → мысль → насколько верил → что сделал.

2. Пересмотреть интерпретацию: что говорит за «инфаркт» и против него, какое есть другое объяснение («сердце бьётся от тревоги и кофе»).
3. Поведенческие эксперименты: вызвать ощущения безобидным способом (частое дыхание, бег на месте) и увидеть, откуда они берутся.
4. Отказаться от поведений безопасности в эксперименте: «что будет, если не сесть?»
5. Встретиться с избегаемыми ситуациями как с проверкой прогноза.
6. Подготовиться к возможным откатам.

Стандартный курс КПТ паники обычно занимает 12–15 часовых сессий **трактовка; обзор Rayburn & Otto, 2003**. В испытании 1999 года (43 человека) краткая версия — около 6,5 часа времени терапевта плюс модули для самостоятельной работы — не уступила полной: обе были лучше листа ожидания, результат сохранялся через 12 месяцев **доказано исследованиями; Clark et al., 1999**.

Протокол контроля паники (Барлоу и Краске)

Американские психологи Дэвид Барлоу и Мишель Краске разработали протокол Panic Control Treatment на основе руководства Mastery of Your Anxiety and Panic **документальный факт; Barlow & Craske, 1988**. В него входят: объяснение природы тревоги и паники, дневник атак, дыхательные навыки, пересмотр мыслей (в первую очередь переоценки вероятности беды), интероцептивная экспозиция, встреча с избегаемыми ситуациями и профилактика рецидива **со слов автора; Craske & Barlow, по OUPblog, 2007**.

Интероцептивная экспозиция: кружиться на стуле с терапевтом

Интероцептивная экспозиция (interoceptive exposure) — намеренное вызывание пугающих телесных ощущений. «Интероцепция» — восприятие сигналов изнутри тела: сердцебиения, дыхания, равновесия. Смысл в том, чтобы человек получил новый опыт: «сердце колотится, голова кружится — и ничего страшного не происходит».

Стандартный набор упражнений описали Краске и Барлоу **документальный факт; Craske & Barlow, 1993, по таблице в учебнике издательства Macmillan**:

Упражнение	Длительность	Какие ощущения вызывает
Покачать головой из стороны в сторону	30 с	головокружение
Опустить голову между колен, затем резко поднять	30 с	лёгкость в голове
Бег на месте	60 с	сердцебиение, одышка
Задержать дыхание	30 с или сколько получится	нехватка воздуха
Напрячь все мышцы	60 с или сколько получится	напряжение, дрожь
Кружиться на вращающемся стуле	60 с	головокружение, дезориентация
Дышать через узкую соломинку	120 с	ощущение удушья
Смотреть в точку на стене или на себя в зеркало	90 с	ощущение нереальности

Сильнее всего на паническую атаку похожи частое глубокое дыхание (гипервентиляция), кружение и дыхание через соломинку **доказано исследованиями; Schmidt & Trakowski, 2004; Antony et al., 2006**. В немецком проекте Panic Net у 301 пациента повторение интероцептивных упражнений надёжно снижало и силу ощущений, и тревогу, и чем больше было повторений, тем сильнее снижение **доказано исследованиями; Westphal et al., 2015**.

Как это делают в терапии **трактовка; по Schmidt & Trakowski, 2004**:

1. Терапевт проводит все упражнения в кабинете, клиент оценивает силу ощущений, тревогу и сходство с паникой.
2. Из упражнений строится лестница: от слабых к самым похожим на атаку.
3. Упражнение выполняется в полную силу, затем клиент остаётся с ощущениями, не отвлекаясь и без защит. «Вполсилы» — это тоже поведение безопасности.
4. Перед упражнением записывается прогноз («потеряю контроль»), после — что произошло на самом деле.
5. Затем навык переносят в жизнь: кофе, лестница, сауна, спорт.

Важно **Это делают с терапевтом.** Во время оценочных упражнений в кабинете паническую атаку переживают 18–36% пациентов (по оценке авторов, в зависимости от порога), и терапевт должен быть к этому готов **доказано исследованиями, описательное исследование; Schmidt & Trakowski, 2004**. Материал Ассоциации тревоги и депрессии Америки (ADAA) называет беременность, низкое давление, болезни сердца, астму и эпилепсию состояниями, при которых упражнения могут не подходить **клинический консенсус, профессиональный материал; Gupta, ADAA**. Рецензируемого списка противопоказаний в источниках этого конспекта нет. Поэтому до начала нужны медицинский анамнез и, при болезнях, согласие врача. Это не упражнения, которые стоит пробовать в одиночку по статье.

Что в терапии паники работает, а что нет

В 2018 году Помполи и коллеги разобрали КПТ паники на отдельные компоненты: 72 испытания, 4064 участника **доказано исследованиями; Pompoli et al., 2018**. Результаты по отношению шансов ремиссии (больше 1 — лучше, меньше 1 — хуже):

Компонент	Результат
Интероцептивная экспозиция	1,49 — в пользу эффективности, но интервал включает 1
Очный формат (вживую, а не только по книге или онлайн)	1,27 — в пользу эффективности, интервал включает 1
Пересмотр мыслей (когнитивная реструктуризация)	1,11 — неопределённо
Дыхательный тренинг	0,84 — неопределённо; чуть меньше выбываний из терапии
Экспозиция в реальных ситуациях	0,78 — неопределённо; чуть меньше выбываний
Мышечная релаксация	**0,59 (0,40–0,90) — достоверно хуже**

Самой эффективной оказалась комбинация: очный формат, психообразование, поддержка, пересмотр мыслей и интероцептивная экспозиция. Против самой слабой комбинации отношение шансов ремиссии составило 7,69, против обычного пакета КПТ — 2,33. Вывод авторов: эффективные пакеты КПТ паники должны включать очный формат и интероцептивную экспозицию и обходиться без мышечной релаксации и

виртуальной реальности. Сами авторы называют ограничения: небольшие исследования, широкие интервалы, нет долгосрочных данных, возможное влияние приверженности исследователей своим методам
доказано исследованиями; Pompoli et al., 2018.

Миф и как на самом деле **Миф:** при панике главное — правильно дышать и расслабиться. **Как на самом деле:** в компонентном анализе мышечная релаксация — единственный компонент, достоверно связанный с худшим исходом, а у дыхательного тренинга эффект неопределённый **доказано исследованиями; Pompoli et al., 2018**. В руководстве самих Барлоу и Краске цель дыхательных навыков — «не расслабиться или успокоиться», а двигаться навстречу страху; если клиент использует дыхание, чтобы контролировать симптомы, его применение можно сократить **со слов автора; Craske & Barlow, по OUPblog, 2007**. Дыхание «чтобы не умереть» становится ещё одним поведением безопасности **трактовка; по Salkovskis, 1991**. Это не значит, что спокойно дышать вредно. Это значит, что дыхание — не лечение паники.

КПТ, таблетки и что держится дольше

В испытании Кларка и коллег (1994; 64 человека) сравнили когнитивную терапию, прикладную релаксацию, антидепрессант имипрамин и лист ожидания. Через 3 месяца когнитивная терапия была лучше обоих вариантов по большинству показателей. Через 6 месяцев она сравнялась с имипрамином, и оба были лучше релаксации. Между 6-м и 15-м месяцами часть пациентов на имипрамине получила рецидив, и через 15 месяцев когнитивная терапия снова была лучше обоих вариантов
доказано исследованиями; Clark et al., 1994.

В большом американском испытании Барлоу и коллег (2000; 312 человек, 4 центра, двойное слепое плацебо-контролируемое) было пять групп. За 3 месяца на лечение ответили 48,7% в группе КПТ, 45,8% на имипрамине, 60,3% на сочетании КПТ с имипрамином и 21,7% на плацебо; КПТ и имипрамин были лучше плацебо. Через полгода после окончания лечения улучшение сохранилось у 41,0% в группе «КПТ + плацебо», у 31,9% после одной КПТ, у 26,3% после сочетания с имипрамином и у 19,7% после одного имипрамина **доказано исследованиями; Barlow et al., 2000**. В острой фазе сочетание достоверно не отличалось от других групп; в поддерживающей фазе оно было лучше каждого метода по отдельности, но не лучше «КПТ + плацебо». А после отмены лучше держались группы с КПТ без активного препарата
доказано исследованиями; Barlow et al., 2000.

NICE рекомендует при панике КПТ в объёме 7–14 часов в сумме, с завершением в пределах 4 месяцев, и не рекомендует бензодиазепины из-за худших долгосрочных исходов **клинический консенсус; NICE, 2011**. Американская ассоциация психологов (APA,

Отделение клинической психологии) даёт КПТ при панике статус «сильной доказательной поддержки» **клинический консенсус; Society of Clinical Psychology**.

> Важно Решение о препаратах, их дозах и отмене принимает только врач. Психотерапия и препараты не враги: их можно сочетать, если так решили врач и пациент. Таблетка «на всякий случай» в сумке может работать как поведение безопасности; это вывод из концепции Салковскиса, отдельного исследования на эту тему в источниках конспекта нет **трактовка; по Salkovskis, 1991**. Это повод обсудить с врачом и терапевтом, а не бросать лечение самостоятельно.

Социальная тревога: «все смотрят на меня»

При социальной тревоге человек видит себя не глазами других, а изнутри своих ощущений.

Социальное тревожное расстройство (МКБ-11, код 6B04; раньше его называли социальной фобией) — выраженный и избыточный страх в социальных ситуациях. Человек боится, что поведёт себя или *покажет признаки тревоги* так, что его негативно оценят. Ситуации избегаются или переносятся с сильным страхом, это длится несколько месяцев и заметно мешает жизни **клинический консенсус; МКБ-11, ВОЗ, версия 2026-01, по Find-A-Code**.

По данным Всемирных обследований психического здоровья (28 обследований, 142 405 человек), социальное тревожное расстройство хотя бы раз в жизни бывает у 4,0% людей, за последний год — у 2,4%; чаще в странах с высоким доходом, начинается обычно рано **доказано исследованиями; Stein et al., 2017**.

> Миф и как на самом деле **Миф:** социальная тревога — это просто стеснительность. **Как на самом деле:** это диагноз с критериями и заметным нарушением жизни **клинический консенсус; МКБ-11**. Ведущий автор большого анализа лечения 2014 года, Эван Мэйо-Уилсон, сказал, что социальная тревога — «больше, чем просто застенчивость» **документальный факт; пресс-релиз Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2014**. И она поддаётся лечению.

Модель Кларка и Уэллса (1995)

В 1995 году Дэвид Кларк и Эдриан Уэллс описали когнитивную модель социальной фобии **документальный факт; Clark & Wells, 1995**. Главное в ней: в социальной ситуации человек переключает внимание внутрь и строит впечатление о том, как он выглядит, из

своих ощущений и образов, а не из того, что видят другие **со слов автора; Clark & Wells, 1995, по изложению в Brown, 2007, и Psychology Tools**. Саму главу 1995 года открыть не удалось; компоненты ниже описаны по диссертации Brown (2007), материалу Psychology Tools и перечню мишеней лечения в рекомендациях NICE.

Пример **Один день рождения коллеги (собирательный пример).** Три дня до праздника он прокручивает, что скажет. На месте держит стакан двумя руками, чтобы не было видно, как дрожат пальцы. Почти не смотрит в глаза, говорит мало, потому что «скажу глупость». Лицо горит, и он уверен, что все видят, какой он красный. Уходит рано. А ночью перебирает каждую фразу: «Они точно подумали, что я странный».

Компоненты модели **со слов автора; по Brown, 2007; Psychology Tools; NICE, 2013**:

1. **Негативные убеждения** трёх видов: слишком высокие стандарты («я должен говорить блестяще»), условные убеждения («если я запнусь, подумают, что я слабый») и безусловные убеждения о себе («я скучный»). Они включаются при входе в ситуацию, и ситуация оценивается как опасная.
2. **Внимание к себе** (самофокусированное внимание) и **образ себя со стороны**. Впечатление о себе строится изнутри: «чувствую тревогу — значит, выгляжу тревожно». В исследовании Хакманн, Сурави и Кларка (1998) негативные образы себя со стороны описали 77% людей с социальной фобией и 10% людей из контрольной группы **доказано исследованиями, в изложении Brown, 2007**.
3. **Поведения безопасности**: репетировать фразы, избегать взгляда, держать стакан двумя руками, говорить мало или, наоборот, без остановки. Они не дают проверить страх, сами создают странное впечатление (человек, который молчит и не смотрит в глаза, может казаться холодным) и усиливают внимание к себе.
4. **Телесные симптомы** — покраснение, дрожь, «пустая голова», — которые кажутся заметными всем.
5. **Тревога до события** (предвосхищающая обработка): человек прокручивает сценарии провала и вспоминает прошлые неудачи.
6. **«Разбор полётов» после события** (постсобытийная обработка): человек детально перебирает, что пошло не так, опираясь на свой искажённый образ, и ситуация в памяти становится хуже, чем была.

Часть экспериментов модель не подтверждает: например, в отдельных исследованиях внимание к себе не влияло на пульс, а ложная информация о пульсе не усиливала взгляд на себя со стороны **трактовка; по обзору в Brown, 2007**.

Культура меняет содержание страха. МКБ-11 признаёт японский вариант социальной тревоги, «тайдзин кёфусё» (taijin kyofusho): страх не того, что тебя осудят, а того, что ты

своим видом или поведением доставишь неудобство или обидишь других **документальный факт; Domschke & Zwanzger, 2025**.

Как лечат социальную тревогу

Рекомендации NICE (CG159) перечисляют, что должна включать индивидуальная КПТ по модели Кларка и Уэллса **клинический консенсус; NICE, 2013**:

1. Объяснение природы социальной тревоги.
2. Эксперименты, которые показывают вред внимания к себе и поведений безопасности.
3. Видеообратную связь, чтобы исправить искажённый негативный образ себя.
4. Систематическую тренировку внимания, направленного вовне.
5. Поведенческие эксперименты в сессии и связанные с ними домашние задания.
6. Работу с травматичными социальными воспоминаниями.
7. Анализ и изменение глубинных убеждений.
8. Работу с тревогой до событий и «разбором полётов» после.
9. Профилактику рецидива.

Объём — до 14 сессий по 90 минут примерно за 4 месяца **клинический консенсус; NICE, 2013**.

Эксперимент с поведениями безопасности. Как это обычно делают в терапии: клиент ведёт разговор дважды — сначала с вниманием на себе и всеми привычными защитами, потом без защит и с вниманием на собеседнике — и сравнивает свою тревогу и то, как, по его мнению, он выглядел **трактовка; общепринятое описание протокола, руководство не открывалось**.

Видеообратная связь. Разговор записывают на видео. Перед просмотром клиент подробно описывает, как, по его ощущениям, выглядел («красный как помидор, голос дрожал, паузы бесконечные»), представляет эти признаки и потом смотрит запись так, будто видит незнакомого человека. В эксперименте Харви, Кларка и коллег (2000) такая подготовка усиливала эффект: участники с подготовкой оценивали своё выступление лучше, чем без неё **доказано исследованиями, эксперимент не на пациентах; Harvey et al., 2000**.

Цифры. В испытании Кларка и коллег (2006; 62 человека) когнитивную терапию сравнили с признанным методом — экспозицией в сочетании с прикладной релаксацией. После лечения диагноз больше не ставился у 84% после когнитивной терапии, у 42% после экспозиции с релаксацией и ни у кого в листе ожидания; через год разница сохранилась **доказано исследованиями; Clark et al., 2006**.

В сетевом метаанализе Мэйо-Уилсона и коллег (2014; 101 испытание, 13 164 участника) индивидуальная КПТ дала большой эффект против листа ожидания (SMD −1,19) и превзошла психологическое плацебо (−0,56); антидепрессанты группы SSRI и SNRI

превзошли таблетку-плацебо (−0,44). Только индивидуальная КПТ и SSRI/SNRI превзошли соответствующее плацебо. Вывод авторов: индивидуальная КПТ — лучший начальный выбор, а препараты — для тех, кто их предпочитает **доказано исследованиями; Mayo-Wilson et al., 2014**.

NICE называет индивидуальную КПТ (по модели Кларка и Уэллса или Хаймберга) первой линией помощи, не рекомендует рутинно заменять её групповой и не рекомендует при социальной тревоге, например, бензодиазепины, а также ботулотоксин от потливости и операцию от покраснения **клинический консенсус; NICE, 2013**.

Генерализованная тревога: почему невозможно перестать беспокоиться

При генерализованной тревоге беспокойство кажется полезным, а остановить его не получается.

Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) (МКБ-11, код 6B00) — выраженные симптомы тревоги не менее нескольких месяцев, большую часть дней, с общим опасением или избыточным беспокойством о многих повседневных вещах: семье, здоровье, деньгах, учёбе, работе **клинический консенсус; МКБ-11, ВОЗ, версия 2026-01, по Find-A-Code**.

> Пример **Один вечер (собирательный пример).** Дочь не ответила на сообщение. Через пять минут: «А вдруг что-то случилось». Через десять она мысленно уже в больнице. Потом мысль перескакивает на работу («а вдруг сократят»), на здоровье мамы, на деньги. И так большую часть дней, месяцами.

По данным Всемирных обследований психического здоровья (26 стран, 147 261 взрослый), ГТР хотя бы раз в жизни бывает у 3,7% людей, за последний год — у 1,8%; в странах с высоким доходом за жизнь — у 5,0%. Тяжёлое нарушение в работе, учёбе или отношениях отмечали 50,6% людей с ГТР, обращались за лечением 49,2% **доказано исследованиями; Ruscio et al., 2017**.

У КПТ здесь нет одной модели. Обзор Бехар и коллег (2009) разбирает пять моделей ГТР и видит в них общий знаменатель — избегание внутренних переживаний: мыслей, убеждений, эмоций **трактовка; Behar et al., 2009**. Ниже три самые известные.

Дюга: непереносимость неопределённости

Канадский психолог Мишель Дюга и коллеги (1998) предложили модель из четырёх элементов: непереносимость неопределённости, убеждения о беспокойстве, слабая ориентация на решение проблем и когнитивное избегание **со слов автора; Dugas et al., 1998**

. Простыми словами: человеку невыносимо не знать, даже если вероятность плохого исхода мала; беспокойство кажется способом подготовиться («если я продумаю всё плохое, я буду готова»); в своей способности решать проблемы человек не уверен; а от пугающих образов уходит в словесное «прокручивание» **трактовка; общепринятое описание модели**.

В первой проверке (24 пациента с ГТР и 20 человек без расстройства) все четыре переменные помогали различать группы, ведущей была непереносимость неопределённости, и верно классифицировано 82% участников **доказано исследованиями, малая выборка; Dugas et al., 1998**. Групповая КПТ по этой модели (14 сессий, 52 взрослых) была лучше листа ожидания, и улучшение продолжалось 2 года наблюдения **доказано исследованиями; Dugas et al., 2003**.

Уэллс: беспокойство о беспокойстве

Британский психолог Эдриан Уэллс (1995) предложил метакогнитивную модель. «Метакогниции» — это мысли о мыслях. По Уэллсу, проблема не столько в содержании беспокойства, сколько в убеждениях о нём. С одной стороны, человек считает беспокойство полезным («оно помогает подготовиться»), с другой — опасным и неконтролируемым («я не могу его остановить», «от этого я сойду с ума»). Так появляется **метабеспокойство** — беспокойство о самом беспокойстве, и ощущение, что мышление выходит из-под контроля **со слов автора; Wells, 1995, 1999**.

Метакогнитивная терапия (МКТ, Wells, 2008) работает с этими убеждениями, а не с содержанием каждого «а вдруг». В протоколе испытания 2018 года она не использовала ни пересмотр содержания мыслей, ни экспозицию, ни релаксацию; её методы — оспаривание убеждений о неконтролируемости и опасности беспокойства, поведенческие эксперименты и откладывание «прокручивания» **документальный факт; Nordahl et al., 2018**. Подробнее о МКТ как части «третьей волны» — в выпуске 13.

Борковец: беспокойство как избегание

Американский психолог Томас Борковец предложил теорию избегания. В эксперименте Борковца и Ху (1990) люди со страхом публичных выступлений представляли пугающую сцену после расслабления, нейтральных мыслей или беспокойства. После беспокойства пульс на пугающий образ рос меньше всего, хотя субъективно страшно было больше. Вывод авторов: беспокойство может подавлять эмоциональную переработку и тем самым сохранять структуру страха **доказано исследованиями; Borkovec & Hu, 1990**.

Простыми словами: словесное «прокручивание» на время приглушает телесную реакцию, даёт короткое облегчение и поэтому закрепляется. А поскольку почти всё, о чём человек беспокоится, не случается, мозг делает ложный вывод: «Я беспокоился — и обошлось». Вторая часть — общепринятая трактовка теории, дословно в открытых

источниках она не найдена **трактовка**. Обзорная глава Борковца и коллег 2004 года не открывалась **не проверено**.

Модель	Что в центре	Главная мишень терапии
Дюга (1998)	Непереносимость неопределённости	Переносить неизвестность, решать реальные проблемы, встречаться с пугающими образами
Уэллс (1995)	Убеждения о беспокойстве: «полезно» и «опасно, неконтролируемо»	Убеждения о беспокойстве, а не его содержание
Борковец (1990-е)	Беспокойство как способ избежать эмоций и телесного возбуждения	Ранние признаки тревоги, прикладная релаксация, встреча со страхом

Как лечат ГТР

Общие ходы терапии, если свести разные протоколы вместе **трактовка; сводка по Dugas et al., 2003; Nordahl et al., 2018; NICE, 2011**:

- Дневник беспокойства: о чём, сколько времени, что сделал.
- Разделить решаемую проблему («не оплачен счёт») и гипотетическое «а вдруг» («а вдруг заболею»). Решаемое решают по шагам, с гипотетическим учатся переносить неизвестность.
- Откладывать беспокойство на определённое время — как эксперимент против убеждения «я не могу это контролировать».
- Переоценивать убеждения о беспокойстве: помогает ли оно на самом деле, опасно ли оно.
- Сокращать перепроверки и вопросы «точно всё будет хорошо?». Каждое заверение успокаивает ненадолго и работает как поведение безопасности.

Модели сравнивали и в испытаниях. В норвежском испытании Нордаля и коллег (2018; 81 человек) метакогнитивную терапию сравнили с КПТ Борковца. Выздоровление (по опроснику беспокойства PSWQ) после лечения — 65% против 38%, через 2 года — 57% против 31% **доказано исследованиями; Nordahl et al., 2018**. Супервизорами были сами авторы протоколов, Уэллс и Борковец, оба получают роялти от связанных публикаций; выборка мала, клиника одна **документальный факт; Nordahl et al., 2018**. В нидерландском испытании метакогнитивная терапия тоже обошла терапию непереносимости неопределённости **доказано исследованиями; van der Heiden et al., 2012, по NICE Evidence Update, 2012**. Раньше Борковец и Костелло (1993) показали, что прикладная релаксация и КПТ при ГТР

примерно равны и обе лучше недирективной терапии
доказано исследованиями; Borkovec & Costello, 1993.

Американская ассоциация психологов даёт сильную доказательную поддержку КПТ и прикладной релаксации при ГТР, а метакогнитивную терапию пока называет «перспективной» **клинический консенсус; Society of Clinical Psychology**. NICE рекомендует ступенчатую помощь: сначала объяснение и наблюдение, затем самопомощь на основе КПТ, затем при выраженных нарушениях — КПТ или прикладная релаксация (обычно 12–15 еженедельных часовых сессий) или препараты по выбору человека; при сложном ГТР или высоком риске самоповреждения — специализированная помощь
клинический консенсус; NICE, 2011.

Специфические фобии: самый «поведенческий» случай

При фобиях главное лекарство — экспозиция, и иногда хватает одного длинного сеанса.

Специфическая фобия — выраженный страх конкретного объекта или ситуации: высоты, животных, полётов, крови, уколов. Страх несоразмерен реальной опасности, и человек избегает встречи с ним
клинический консенсус; МКБ-11, код 6B03, ВОЗ, версия 2026-01, по Find-A-Code.

Это одно из самых частых тревожных расстройств. По данным Всемирных обследований психического здоровья (25 обследований в 22 странах, 124 902 человека), специфическая фобия за жизнь бывает у 7,4% людей, за последний год — у 5,5%; у женщин чаще (9,8% против 4,9% за жизнь). Медианный возраст начала — 8 лет. Хоть какое-то лечение за год получали 23,1% людей с фобией **доказано исследованиями; Wardenaar et al., 2017**.

Главный метод — **экспозиция**: постепенная, по плану, встреча с тем, чего человек боится. В метаанализе Волицки-Тейлор и коллег (2008; 33 рандомизированных исследования) экспозиция дала большой эффект против отсутствия лечения, превзошла плацебо и другие активные психотерапии; экспозиция в реальности была лучше воображаемой и виртуальной сразу после лечения, но не на отдалённом наблюдении
доказано исследованиями; Wolitzky-Taylor et al., 2008.

Шведский психолог Ларс-Йоран Ёст в 1989 году описал **лечение за один сеанс** (one-session treatment): до трёх часов подряд экспозиции, показа примера терапевтом, проверки пугающих прогнозов и поддержки. В его первой серии из 20 пациентов 90% были «значительно улучшены или полностью выздоровели»
со слов автора; Öst, 1989, по Davis, Ollendick & Öst, 2012. Это серия случаев без контрольной группы. Обзор 2008 года называет метод перспективным, но просит независимых повторений и сравнений с другими активными методами
доказано исследованиями, обзор; Zlomke & Davis, 2008.

Пример **Страх собак (собирательный пример).** Лестница экспозиции может выглядеть так: смотреть фото собак → видео → стоять на другой стороне улицы от собаки на поводке → подойти ближе → погладить спокойную собаку, которую держит хозяин. На каждом шаге человек записывает, чего ожидает («она бросится»), и сравнивает с тем, что произошло. Шаги и темп определяют вместе с терапевтом.

Как объясняют работу экспозиции сегодня. Мишель Краске и коллеги (2014) предлагают строить экспозицию по модели тормозного научения, а не только ради «привыкания» к страху. Их практические советы: строить упражнение так, чтобы ожидание катастрофы явно не подтверждалось, убирать сигналы безопасности, менять контексты и условия упражнений **документальный факт; Craske et al., 2014**. Обычно эту модель объясняют так: экспозиция не стирает старый страх, а создаёт новое знание «это безопасно», которое с ним конкурирует **трактовка**.

Тревога о здоровье: когда проверка не успокаивает

Почему поиск симптомов в интернете и ещё один анализ «для спокойствия» часто делают тревогу сильнее.

Тревога о здоровье (раньше её называли ипохондрией) — стойкий страх, что у тебя уже есть или вот-вот начнётся серьёзная болезнь, хотя обследования и врачи этого не подтверждают. Человек не притворяется: ощущения реальны, а страх мучителен.

В 1986 году Пол Салковскис и Хилари Уорвик предложили смотреть на это через модель КПТ. Главное в ней — поведение, похожее на избегание: поиск заверений («скажите, что это не рак») и повторные проверки тела. Именно они, по модели, поддерживают озабоченность здоровьем. В двух описаниях отдельных случаев медицинское заверение давало облегчение ненадолго, а лечение, которое сокращало поиск заверений, помогло быстро **со слов авторов; Salkovskis & Warwick, 1986**. Это два случая без контрольной группы, то есть идея, а не доказательство.

Цикл обычно описывают так **трактовка; по модели Салковскиса и Уорвика**: человек замечает ощущение, например покалывание в груди → толкует его как признак болезни («это сердце») → становится тревожно → он проверяет: щупает пульс, читает о симптомах, спрашивает близких, просит ещё один анализ → ненадолго становится легче → но внимание к телу растёт, человек замечает больше ощущений и сомневается («а вдруг анализ ошибся») → круг повторяется. Логика та же, что у ритуалов при ОКР (выпуск 9).

В терапии этот круг рисуют вместе, проверяют альтернативное объяснение («проблема не в болезни, а в страхе болезни»), с помощью поведенческих экспериментов смотрят,

как внимание к телу усиливает ощущения, и постепенно сокращают проверки и поиск заверений **трактовка; общее описание подхода**.

Самое крупное испытание — **CHAMP**. В шести больницах общего профиля в Англии 444 взрослых 16–75 лет с выраженной тревогой о здоровье по жребию получали либо 5–10 сессий КПТ (в среднем около 6), либо обычную помощь. Терапию вели медсёстры и другие сотрудники без прежней подготовки по КПТ, после обучения и под супервизией. Через год нормальный уровень тревоги о здоровье был у 13,9% получивших КПТ против 7,3% при обычной помощи — примерно вдвое чаще; улучшение держалось и через 2 года **доказано исследованиями; Tyrer et al., 2014**. Честная оговорка: даже после КПТ большинство участников до нормального уровня не дошли. Это заметное улучшение, а не излечение для всех **трактовка**.

> Важно **Сначала врач.** Новые, меняющиеся или стойкие симптомы, например похудение без причины, кровь, боль, которая не проходит, сначала обследует врач. Психолог не решает, опасен ли симптом, и КПТ не заменяет обследования. Цель терапии не в том, чтобы «никогда не ходить к врачу», а в том, чтобы проверки перестали управлять жизнью; разумный план обследований обычно согласуют с одним лечащим врачом **трактовка**.

Один протокол для всех тревог

Если у тревожных расстройств общий механизм, можно ли лечить их одним методом?

Дэвид Барлоу считает, что можно. Его идея: у эмоциональных расстройств есть общая уязвимость — склонность сильно реагировать на негативные эмоции и избегать их. **Единый протокол** (Unified Protocol, UP) — это **трансдиагностический** подход, то есть один протокол для общих механизмов разных расстройств **со слов автора; Barlow & Gallagher, Society of Clinical Psychology**.

Модули протокола: адаптивная природа эмоций; мотивация; осознавание эмоций в настоящем моменте; когнитивная гибкость; выявление и предотвращение избегания эмоций; переносимость телесных ощущений; экспозиция к ситуациям и ощущениям, сфокусированная на эмоциях **документальный факт; Barlow et al., 2017**.

В испытании 2017 года (223 пациента с паническим расстройством, ГТР, ОКР или социальной тревогой; до 16 сессий) единый протокол оказался эквивалентен специализированным протоколам по тяжести основного диагноза, а лечение до конца прошли больше людей: 87,5% против 69,2% **доказано исследованиями; Barlow et al., 2017**. Критики отмечают, что выборка была образованной и в основном белой, больше

половины участников принимали препараты, а исследование провёл центр самого Барлоу **трактовка; Newby & Norton, 2018, The Mental Elf**.

Миф и как на самом деле **Миф:** тревогу надо подавить, «взять себя в руки» и не думать о ней. **Как на самом деле:** в экспериментах Вегнера (1987) студенты не смогли полностью подавить даже нейтральную мысль о белом медведе, а после подавления думали о нём чаще, чем те, кто сначала думал свободно **доказано исследованиями; Wegner et al., 1987**. Сами авторы оговаривают, что неясно, переносится ли эффект на эмоциональные мысли. Избегание эмоций — общая мишень терапии в едином протоколе **документальный факт; Barlow et al., 2017**. Цель терапии — не перестать чувствовать тревогу, а перестать её бояться и подчинять ей жизнь **трактовка**.

Насколько КПТ при тревоге помогает на самом деле

Ответ зависит от того, с чем сравнивать.

Если сравнивать КПТ с листом ожидания (люди просто ждут лечения), эффект большой: при социальной тревоге SMD −1,19 **доказано исследованиями; Mayo-Wilson et al., 2014**. Если с плацебо (например, беседами без лечебных техник или таблеткой-пустышкой), эффект умеренный.

Метаанализ Карпентер и коллег (2018) собрал 41 плацебо-контролируемое испытание (2835 пациентов) КПТ при тревожных и родственных расстройствах **доказано исследованиями; Carpenter et al., 2018**:

Показатель	Результат
Все расстройства, целевые симптомы	g = 0,56 — умеренный эффект
Паническое расстройство	g = 0,39 (5 исследований, 328 человек)
Социальная тревога	g = 0,41 (12 исследований, 753 человека)
ГТР	g = 1,01, но всего 2 исследования и 57 человек — авторы просят осторожности
Шанс ответить на лечение против плацебо	в 2,97 раза выше
Через несколько месяцев после лечения	g = 0,47 — эффект сохраняется
С поправкой на публикационное смещение	g = 0,33
Только завершившие лечение / все начавшие	g = 0,70 / 0,40

Как читать: g — стандартизированная разница между группами; 0 значит «разницы нет», около 0,2 — малый эффект, около 0,5 — умеренный, 0,8 и больше — большой **трактовка; общепринятые ориентиры Коэна**. Публикационное смещение — это когда успешные исследования публикуют охотнее неудачных, и средний эффект завышается. В исследованиях без ПТСР участники в среднем на 82% были белыми **доказано исследованиями; Carpenter et al., 2018**.

Другие оговорки:

- **Качество данных при панике** Кокрейновский обзор оценил как низкое и очень низкое **доказано исследованиями; Pompoli et al., 2016**.
- **Эффект приверженности.** Ключевые испытания (Кларк 1994, 1999, 2006; Дюга 2003; Барлоу 2017) провели группы — авторы протоколов. Компонентный анализ терапии паники называет риск смещения из-за приверженности исследователей среди своих ограничений, поэтому важны независимые повторения **трактовка; Pompoli et al., 2018; Newby & Norton, 2018**.
- **Люди старше 55 лет.** Против активного контроля эффект КПТ при тревоге был небольшим и незначимым

доказано исследованиями; Gould et al., 2012, по NICE Evidence Update, 2012.

- **Культура.** Исследований КПТ тревоги на русскоязычных и азербайджанских выборках для этого конспекта найти не удалось.

Факт **Дети и подростки.** Кокрейновский обзор 2020 года собрал 87 рандомизированных испытаний (5964 участника в анализах). После КПТ основной тревожный диагноз больше не ставился у 49,4% детей и подростков против 17,8% в листе ожидания; это значит, что примерно на каждых троих, прошедших КПТ, приходится один дополнительный ребёнок без диагноза (NNT = 3). Достоверность умеренная. Превосходство КПТ над обычной помощью и другими методами обзор показать не смог: таких данных мало и они слабые. Явного выигрыша от КПТ с участием родителей по сравнению с другими форматами тоже не нашли доказано исследованиями; James et al., 2020. Тем не менее родителей часто включают в работу: NICE при социальной тревоге у детей и подростков предлагает индивидуальную или групповую КПТ, 8–12 встреч (индивидуально по 45 минут, в группе около 90), родители могут участвовать, а лекарства детям обычно не предлагают клинический консенсус; NICE CG159, информация для пациентов. О программе для родителей SPACE — в выпуске 9.

Это не значит, что КПТ не работает. Это значит, что она помогает многим, но не всем и не волшебно. Подробно о доказательности и критике КПТ — в выпуске 14.

Мифы о тревоге: короткая проверка

Миф	Как на самом деле	Метка
Паническая атака опасна: можно умереть или сойти с ума	Пик за минуты, в среднем около 10 минут; страх смерти и сумасшествия — симптом, а не прогноз. Медицинские причины исключает врач	**Клинический консенсус; доказано исследованиями**
Была атака — значит, паническое расстройство	Расстройство есть у 12,8% людей, у которых были атаки	**Доказано исследованиями**
При панике главное — дышать и расслабиться	Мышечная релаксация связана с худшим исходом, польза дыхательного тренинга не доказана	**Доказано исследованиями**
Тревогу надо подавить	Подавление мыслей плохо удаётся; цель терапии — переносить тревогу, а не бороться с ней	**Доказано исследованиями; трактовка**
Избегайте триггеров	Избегание и поведения безопасности поддерживают страх; экспозиция по плану его снижает	**Доказано исследованиями; клинический консенсус**
Социальная тревога — просто стеснительность	Это диагноз с критериями, и он хорошо лечится	**Клинический консенсус**
Тревогу лечат только таблетки (или: таблетки — всегда зло)	При социальной тревоге индивидуальная КПТ — первый выбор; при панике КПТ сопоставима с имипрамином и устойчивее после отмены; препараты эффективны и назначаются врачом	**Доказано исследованиями**
КПТ — это «думай позитивно»	Протоколы держатся на действии: эксперименты, экспозиция, видеообратная связь, отказ от защит. Цель — проверить конкретный прогноз опытом	**Со слов автора**

Попробуйте: переводчик с языка тревоги

Упражнение на одну минуту. Это первый шаг самонаблюдения, а не лечение.

Пример **Четыре вопроса.** Вспомните последний раз, когда тело вас напугало: сердце, дыхание, голова.

1. Что я почувствовал(а) в теле?
2. Что я подумал(а), что это значит? Насколько я в это верил(а), от 0 до 100?
3. Какое ещё есть объяснение? (кофе, жара, недосып, тревога)
4. Что я сделал(а), чтобы «спастись», — и могло ли всё закончиться хорошо без этого?

Смысл упражнения — заметить, что между ощущением и страхом стоит мысль. Это та же логика, что и в модели Кларка, но упражнение не заменяет терапию. Интероцептивные упражнения самостоятельно делать не нужно: их проводят с терапевтом и после медицинского обследования.

Когда идти к специалисту

- Атаки повторяются, вы начали избегать мест или дел, тревога мешает работе, учёбе, отношениям — сначала к врачу, чтобы исключить медицинские причины, затем к психотерапевту, который работает методами КПТ.
- К психиатру — если есть выраженная депрессия, мысли о смерти или самоповреждении, зависимость от алкоголя или успокоительных, если нужно решить вопрос о препаратах. При мыслях о самоповреждении откройте раздел «Если нужна помощь прямо сейчас».
- Психолог не исключает соматические болезни и не назначает препараты; это делает врач.

Проверьте себя

1. **Чем страх отличается от тревоги?** Страх — реакция на угрозу сейчас, тревога — на ожидаемую угрозу в будущем.
2. **Что, по Кларку, превращает обычные ощущения в паническую атаку?** Катастрофическая интерпретация: восприятие ощущений как признака немедленной беды.
3. **Почему поведения безопасности поддерживают тревогу?** Человек приписывает «спасение» защите и не узнаёт, что катастрофы не случилось бы и без неё.

4. **Какие два элемента, по компонентному анализу, стоит включать в КПТ паники, а какой — нет?** Включать очный формат и интероцептивную экспозицию; мышечная релаксация связана с худшим исходом.
5. **Чем различаются модели ГТР Дюга, Уэллса и Борковца?** Непереносимость неопределённости; убеждения о самом беспокойстве; беспокойство как избегание эмоций и телесного возбуждения.
6. **Почему ещё один анализ «для спокойствия» не помогает при тревоге о здоровье?** Заверение снимает тревогу ненадолго, но усиливает внимание к телу и сомнения, и круг проверок повторяется.

Что запомнить

- Тревога нормальна; расстройство — когда она избыточна, долго держится и мешает жить.
- Во всех моделях КПТ тревогу поддерживают избегание и поведения безопасности: они не дают проверить страх.
- Паника — это круг «ощущение → катастрофическая мысль → больше ощущений». Его размыкают пересмотром мыслей и намеренным вызыванием ощущений с терапевтом, а не расслаблением.
- При социальной тревоге человек видит себя изнутри своих ощущений; индивидуальная КПТ — первый выбор.
- При ГТР работают с отношением к неопределённости и к самому беспокойству, а не спорят с каждым «а вдруг».
- При фобиях главный метод — экспозиция по плану.
- При тревоге о здоровье КПТ сокращает проверки и поиск заверений; новые симптомы сначала обследует врач.
- Против плацебо эффект КПТ умеренный, и это честный ориентир. Медицинские причины симптомов и решения о препаратах — к врачу.

Источники

1. Antony, M. M., Ledley, D. R., Liss, A., & Swinson, R. P. (2006). Responses to symptom induction exercises in panic disorder. *Behaviour Research and Therapy, 44*(1), 85–98. https://experts.mcmaster.ca/scholarly-works/675531
2. Barlow, D. H., & Craske, M. G. (1988). *Mastery of Your Anxiety and Panic*. Graywind.
3. Barlow, D. H., & Gallagher, M. W. The promise of transdiagnostic treatments for anxiety disorders. Society of Clinical Psychology (APA Division 12). https://div12.org/?p=7723

4. Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2000). Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *JAMA, 283*(19), 2529–2536. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10815116/
5. Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., et al. (2017). The Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry, 74*(9), 875–884. https://open.bu.edu/handle/2144/33638
6. Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. Basic Books.
7. Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, J., & Staples, A. M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder: Conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders*. https://read.qxmd.com/read/19700258
8. Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(4), 611–619. https://pure.psu.edu/en/publications/efficacy-of-applied-relaxation-and-cognitive-behavioral-therapy-i/
9. Borkovec, T. D., & Hu, S. (1990). The effect of worry on cardiovascular response to phobic imagery. *Behaviour Research and Therapy, 28*(1), 69–73. https://pure.psu.edu/en/publications/the-effect-of-worry-on-cardiovascular-response-to-phobic-imagery/
10. Brown, M. A. (2007). *Cognitive biases in social anxiety* (PhD thesis). University of Southampton. https://eprints.soton.ac.uk/466366/
11. Cackovic, C., Nazir, S., & Marwaha, R. (2023). Panic disorder. *StatPearls*. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430973/
12. Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Hofmann, S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and Anxiety, 35*(6), 502–514. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5992015
13. Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy, 24*(4), 461–470. DOI 10.1016/0005-7967(86)90011-2. https://ora.ox.ac.uk/objects/uuid:96416d34-2558-4cef-9622-401c7b11490a
14. Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Middleton, H., Anastasiades, P., & Gelder, M. (1994). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry, 164*, 759–769.
15. Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Wells, A., Ludgate, J., & Gelder, M. (1999). Brief cognitive therapy for panic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(4), 583–589. https://research.manchester.ac.uk/en/publications/brief-cognitive-therapy-for-panic-disorder-a-randomized-controlle/

.6. Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment*. Guilford.

.7. Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., Waddington, L., & Wild, J. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(3), 568–578. https://ora.ox.ac.uk/objects/uuid:76bb2579-2c73-4188-aea9-d23ea66506b6

.8. Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2007). Therapist guide: Mastery of Your Anxiety and Panic (отрывок). OUPblog. https://blog.oup.com/2007/07/panic/

.9. Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy, 58*, 10–23. DOI 10.1016/j.brat.2014.04.006

:0. Davis, T. E., Ollendick, T. H., & Öst, L.-G. (Eds.) (2012). *Intensive One-Session Treatment of Specific Phobias*. Springer. https://link.springer.com/book/10.1007/978-1-4614-3253-1

:1. de Jonge, P., Roest, A. M., Lim, C. C. W., et al. (2016). Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the World Mental Health Surveys. *Depression and Anxiety, 33*(12), 1155–1177. https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/128129

:2. Domschke, K., & Zwanzger, P. (2025). Taxonomy of anxiety disorders: A comparison of ICD-10 and ICD-11. *Der Nervenarzt*. DOI 10.1007/s00115-025-01842-6

:3. Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy, 36*(2), 215–226.

:4. Dugas, M. J., Ladouceur, R., Léger, E., & Freeston, M. H. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: Treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(4).

:5. Eppel, A., & Swinson, R. P. (2024). Anxiety and related disorders in medical settings. *McMaster Textbook of Internal Medicine*. https://empendium.com/mcmtextbook/chapter/B31.II.21.5.

:6. Gupta, A. 5 tips for using interoceptive exposure to face your fears. Anxiety and Depression Association of America. https://adaa.org/learn-from-us/from-the-experts/blog-posts/consumer/5-tips-using-interoceptive-exposure-face-your

:7. Harvey, A. G., Clark, D. M., Ehlers, A., & Rapee, R. M. (2000). Social anxiety and self-impression: Cognitive preparation enhances the beneficial effects of video feedback following a stressful social task. *Behaviour Research and Therapy, 38*(12), 1183–1192.

:8. Javaid, S. F., Hashim, I. J., Hashim, M. J., Stip, E., Samad, M. A., & Al Ahbabi, A. (2023). Epidemiology of anxiety disorders: Global burden and sociodemographic associations. *Middle East Current Psychiatry, 30*, 44.

:9. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (2014). Talk therapy — not medication — best for social anxiety disorder, large study finds. https://publichealth.jhu.edu/2014/talk-

therapy-not-medication-best-for-social-anxiety-disorder-large-study-finds

50. Mayo-Wilson, E., Dias, S., Mavranezouli, I., Kew, K., Clark, D. M., Ades, A. E., & Pilling, S. (2014). Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: A systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry, 1*(5), 368–376. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26361000/

51. Newby, J., & Norton, P. (2018). Transdiagnostic and disorder-specific anxiety disorder treatments have equivalent treatment effects. The Mental Elf. https://nationalelfservice.net/mental-health/anxiety/transdiagnostic-and-disorder-specific-anxiety-disorder-treatments-have-equivalent-treatment-effects

52. NICE (2011, обновления до 2022). Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management (CG113). https://www.nice.org.uk/guidance/cg113

53. NICE (2012). Evidence Update 22: Generalised anxiety disorder and panic disorder. https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/evidence

54. NICE (2013). Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment (CG159). https://www.nice.org.uk/guidance/cg159

55. Nordahl, H. M., Borkovec, T. D., Hagen, R., et al. (2018). Metacognitive therapy versus cognitive–behavioural therapy in adults with generalised anxiety disorder. *BJPsych Open, 4*, 393–400. https://doaj.org/article/f7bdb3ec667f4028b12908bd56a16fcb

56. Öst, L.-G. (1989). One-session treatment for specific phobias. *Behaviour Research and Therapy, 27*(1), 1–7.

57. Pompoli, A., Furukawa, T. A., Imai, H., Tajika, A., Efthimiou, O., & Salanti, G. (2016). Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: A network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD011004. DOI 10.1002/14651858.CD011004.pub2

58. Pompoli, A., Furukawa, T. A., Efthimiou, O., Imai, H., Tajika, A., & Salanti, G. (2018). Dismantling cognitive-behaviour therapy for panic disorder: A systematic review and component network meta-analysis. *Psychological Medicine, 48*, 1945–1953. https://boris.unibe.ch/110766/

59. Psychology Tools. Cognitive behavioral model of panic (Clark, 1986); Cognitive behavioral model of social phobia (Clark & Wells, 1995). https://www.psychologytools.com

60. Ruscio, A. M., Hallion, L. S., Lim, C. C. W., et al. (2017). Cross-sectional comparison of the epidemiology of DSM-5 generalized anxiety disorder across the globe. *JAMA Psychiatry*. https://hcp.hms.harvard.edu/publication/cross-sectional-comparison-epidemiology-dsm-5-generalized-anxiety-disorder-across-globe

61. Salkovskis, P. M. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 19*(1), 6–19.

62. Salkovskis, P. M., Clark, D. M., Hackmann, A., Wells, A., & Gelder, M. G. (1999). An experimental investigation of the role of safety-seeking behaviours in the maintenance of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 37*, 559–574.

-3. Rayburn, N. R., & Otto, M. W. (2003). Cognitive-behavioral therapy for panic disorder: A review of treatment elements, strategies, and outcomes. *CNS Spectrums, 8*(5), 356–362.
-4. Schmidt, N. B., & Trakowski, J. (2004). Interoceptive assessment and exposure in panic disorder: A descriptive study. *Cognitive and Behavioral Practice, 11*, 81–92.
-5. Society of Clinical Psychology (APA Division 12). Research-supported psychological treatments: Panic disorder; Generalized anxiety disorder; Social anxiety disorder. https://div12.org
-6. Stein, D. J., Lim, C. C. W., Roest, A. M., et al. (2017). The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. *BMC Medicine, 15*. https://doaj.org/article/30cfb5847c0d42be9b821122fa64ac8a
-7. The Open University, OpenLearn. Panic attacks: what they are and what to do about them. https://www.open.edu/openlearn/health-sports-psychology/panic-attacks-what-they-are-and-what-do-about-them/content-section-2.1
-8. Tunnell, N. C., Corner, S. E., Roque, A. D., Kroll, J. L., Ritz, T., & Meuret, A. E. (2024). Biobehavioral approach to distinguishing panic symptoms from medical illness. *Frontiers in Psychiatry, 15*. DOI 10.3389/fpsyt.2024.1296569
-9. Wardenaar, K. J., Lim, C. C. W., Al-Hamzawi, A. O., et al. (2017). The cross-national epidemiology of specific phobia in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*. https://hcp.hms.harvard.edu/publication/cross-national-epidemiology-specific-phobia-world-mental-health-surveys
0. Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., III, & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*(1), 5–13.
1. Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23*(3), 301–320.
2. Wells, A. (1999). A metacognitive model and therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 6*(2), 86–95.
3. Wells, A. (2008). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. Guilford.
4. Westphal, D., Gerlach, A. L., Lang, T., Wittchen, H.-U., et al. (2015). Die Effekte interozeptiver Expositionsübungen in der Kognitiven Verhaltenstherapie von Panikstörung mit Agoraphobie. *Verhaltenstherapie, 25*(4), 268–276.
5. Wolitzky-Taylor, K. B., Horowitz, J. D., Powers, M. B., & Telch, M. J. (2008). Psychological approaches in the treatment of specific phobias: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 28*, 1021–1037.
6. World Health Organization. Anxiety disorders — Fact sheet (версии 2023 и сентября 2026 года). https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders
7. Zlomke, K., & Davis, T. E. (2008). One-session treatment of specific phobias: A detailed description and review of treatment efficacy. *Behavior Therapy, 39*(3), 207–223. DOI 10.1016/j.beth.2007.07.003

58. Головачева, В. А., & Парфенов, В. А. (2017). Тревожные расстройства под маской вегетососудистой дистонии. *Медицинский совет*, (17), 26–30. DOI 10.21518/2079-701X-2017-17-26-30

59. World Health Organization (2026). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, v2026-01: блок 6B0 «Anxiety or fear-related disorders», 6B00–6B04. Официальный браузер: https://icd.who.int (из сессии проверки не открывался). Текст сверен по дословному зеркалу Find-A-Code: https://www.findacode.com/icd-11/block-1336943699.html

60. James, A. C., Reardon, T., Soler, A., James, G., & Creswell, C. (2020). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD013162. DOI 10.1002/14651858.CD013162.pub2. https://www.cochrane.org/evidence/CD013162/cognitive-behavioural-therapy-anxiety-children-and-young-people

61. NICE (2013). Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment (CG159). Информация для пациентов: Treatment for children and young people. https://www.nice.org.uk/guidance/cg159/ifp/chapter/Treatment-for-children-and-young-people

62. Salkovskis, P. M., & Warwick, H. M. C. (1986). Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: A cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy, 24*(5), 597–602. DOI 10.1016/0005-7967(86)90041-0. https://www.psy.ox.ac.uk/publications/1028094

63. Tyrer, P., Cooper, S., Salkovskis, P., et al. (2014). Clinical and cost-effectiveness of cognitive behaviour therapy for health anxiety in medical patients: A multicentre randomised controlled trial. *The Lancet, 383*(9913), 219–225 (онлайн 18.10.2013). DOI 10.1016/S0140-6736(13)61905-4. Резюме: The Mental Elf, https://www.nationalelfservice.net/mental-health/anxiety/the-champ-rct-finds-that-cbt-is-more-effective-than-standard-care-for-reducing-health-anxiety/

Если нужна помощь прямо сейчас

Если жизни угрожает опасность, звоните в экстренную службу: 112 в большинстве стран, 911 в США и Канаде, 999 в Великобритании, 000 в Австралии. Линии поддержки по странам — на странице **Помощь**.

Источники изображений

На этой странице нет чужих изображений.