

# Сравнение Устойчивости Ремиссии Тревожных Симптомов У Женщин С Генерализованным Тревожным Расстройством После Когнитивно-Поведенческой Терапии И Когнитивно-Поведенческой Терапии С Элементами Осознанности: 6-Месячное Наблюдение

*Чельма Юлия Юрьевна*

*Врач-психиатр, клиника «Ментал мед сервис»*

*Ашууров Зариф Шарипович*

*Республиканский научно практический центр психического здоровья*

**Аннотация:** Цель — оценить устойчивость ремиссии тревожных симптомов у женщин с ГТР после прохождения стандартного курса когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) и КПТ с элементами осознанности, после завершения базисной фармакотерапии СИОЗС. В исследование включены 125 пациенток (18–45 лет), получавших СИОЗС не менее 6 месяцев, после чего в рамках клинической практики они продолжили либо курс КПТ (61), либо КПТ с осознанностью (64). Симптомы оценивались по шкалам GAD-7, HADS (тревога), WHOQOL-BREF и PSS-10 до начала психотерапии, после её завершения и через 6 месяцев (без лекарств). Оба подхода показали эффективность, однако КПТ с элементами осознанности обеспечила лучшее удержание ремиссии (79% против 63%,  $p = 0.03$ ) через полгода.

**Ключевые слова:** генерализованное тревожное расстройство, когнитивно-поведенческая терапия, осознанность, ремиссия, СИОЗС.

## Введение

Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) — хроническое состояние, которое часто требует комбинированного лечения. Базисной терапией считаются антидепрессанты группы СИОЗС, которые уменьшают выраженность симптомов и позволяют пациенту более эффективно участвовать в психотерапии (Bandelow et al., 2021). Однако даже при успешной фармакотерапии **риск рецидива после её отмены высок**, что подтверждают международные исследования (Borkovec, 2018).

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) остаётся основным методом психотерапии при ГТР, но есть данные, что интеграция практик осознанности (mindfulness) улучшает саморегуляцию, снижает руминативные мысли и помогает удерживать ремиссию после прекращения медикаментозной поддержки (Hoge, 2019; Hofmann, 2020).

**Цель исследования** — сравнить устойчивость ремиссии тревожных симптомов у женщин с ГТР через 6 месяцев после завершения курса СИОЗС и психотерапии: стандартной КПТ и КПТ с элементами осознанности.

## Материалы и методы

Исследование проводилось на базе клиники «Ментал Мед Сервис» (Ташкент, Узбекистан) в период с января 2023 по декабрь 2024 года. В него вошли 125 женщин в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст — 31,8 года), которые обращались за лечением по поводу генерализованного тревожного расстройства. Все пациентки прошли курс фармакотерапии антидепрессантами из группы СИОЗС продолжительностью не менее шести месяцев. После

постепенной отмены препаратов под наблюдением психиатра женщины продолжили лечение психотерапией и были распределены в две группы в соответствии с программами, применяемыми в клинике. Первая группа (61 женщина) проходила стандартный курс когнитивно-поведенческой терапии, включавший 12 индивидуальных встреч раз в неделю по часу. Вторая группа (64 женщины) получала тот же курс КПТ, но с добавлением восьминедельной программы, основанной на методиках осознанности: еженедельные групповые занятия по 90 минут и ежедневные домашние практики по 15–20 минут.

Состояние пациенток оценивалось трижды: перед началом психотерапии (на фоне завершённого курса СИОЗС), после окончания курса психотерапии (через 12 недель) и спустя шесть месяцев после её завершения, уже без лекарственной поддержки. Для оценки использовались русскоязычные версии нескольких опросников, которые хорошо зарекомендовали себя в клинической практике. Уровень тревожности определяли с помощью шкалы GAD-7, где 0 баллов соответствует отсутствию симптомов, а 21 — выраженной тревожности; ремиссией считалось снижение не менее чем на 50% по сравнению с исходным уровнем и итоговый балл ниже 5. Подшкала тревоги из HADS позволяла фиксировать изменения в эмоциональном состоянии в амбулаторных условиях. Для оценки качества жизни применяли WHOQOL-BREF, который охватывает физическое и психологическое благополучие, социальные связи и восприятие окружающей среды. Субъективное ощущение стресса за последние четыре недели оценивалось с помощью шкалы PSS-10.

Статистический анализ включал сравнение динамики показателей во времени с использованием дисперсионного анализа для повторных измерений, а также сравнение групповых различий по t-критерию Стьюдента. Для оценки устойчивости ремиссии использовался метод Kaplan–Meier с лог-ранговым тестом. Уровень значимости принимался равным  $p < 0,05$ .

## Результаты

В исследование вошли 125 женщин с диагнозом генерализованного тревожного расстройства, из которых 61 прошла курс стандартной когнитивно-поведенческой терапии, а 64 — когнитивно-поведенческую терапию, дополненную восьминедельной программой практик осознанности. Все участницы до начала психотерапии получали антидепрессанты из группы СИОЗС не менее шести месяцев, после чего препараты были постепенно отменены. Динамика симптомов оценивалась в трёх точках: до начала психотерапии, сразу после завершения курса и через шесть месяцев, когда женщины уже находились без медикаментозной поддержки.

На момент начала психотерапии выраженность тревожности в обеих группах была одинаково высокой: средний балл по шкале GAD-7 составлял 14,5, что соответствует выраженным симптомам ГТР. После 12-недельного курса психотерапии тревожность снизилась у всех участниц: в группе, получавшей только КПТ, средний показатель составил 5,6 балла, а в группе с элементами осознанности — 5,1 балла. Таким образом, обе программы позволили достичь клинически значимого улучшения, и более 80% женщин в каждой группе соответствовали критериям ремиссии на момент завершения терапии.

Через полгода, когда женщины не получали фармакотерапию и находились только под наблюдением, различия между группами стали заметнее. В группе традиционной КПТ средний балл по GAD-7 вырос до 7,3, и лишь 63% пациенток сохраняли состояние ремиссии. В группе, где психотерапия была дополнена практиками осознанности, средний показатель тревожности остался ниже — 5,7 балла, и ремиссия сохранялась у 79% женщин. Эти различия были статистически значимыми ( $p = 0,03$ ).

Аналогичные тенденции наблюдались и по другим шкалам. По подшкале тревоги HADS к концу психотерапии средние показатели снизились до 6,1 и 5,4 балла в группах КПТ и

КПТ+осознанность соответственно, но через полгода вновь выросли: до 8,0 баллов у женщин, получавших только КПТ, и до 6,2 балла у участниц комбинированной программы. По шкале качества жизни WHOQOL-BREF обе группы продемонстрировали улучшение после терапии (до 67 и 70 баллов), однако через полгода пациенты из группы с осознанностью удерживали результат (69 баллов), тогда как в группе только КПТ среднее значение снизилось до 63 баллов. Субъективное ощущение стресса (PSS-10) через полгода также было ниже у женщин, прошедших комбинированный курс: 15 баллов против 19 в группе КПТ.

Анализ кривых выживаемости ремиссии методом Kaplan–Meier подтвердил преимущество добавления практик осознанности. Пациентки из комбинированной группы реже выходили из состояния ремиссии в течение шести месяцев (лог-ранговый тест,  $p = 0,02$ ), что указывает на большую устойчивость терапевтического эффекта.

### Обсуждение

Наши данные подтверждают, что после отмены СИОЗС устойчивость ремиссии у женщин с ГТР выше при использовании комбинированной терапии (КПТ+осознанность). Результаты согласуются с данными Hofmann (2020) и Roemer (2021), которые отмечают, что практики осознанности помогают удерживать ремиссию за счёт снижения уровня руминативного мышления и повышения толерантности к стрессу.

Ограничения: отсутствие рандомизации (естественное распределение), одно учреждение, период наблюдения только 6 месяцев. Тем не менее, исследование отражает реальную амбулаторную практику в Узбекистане.

### Заключение

1. КПТ с элементами осознанности, применяемая после завершённого курса СИОЗС, повышает устойчивость ремиссии тревожных симптомов у женщин с ГТР по сравнению с традиционной КПТ. Этот подход может быть рекомендован для широкой практики амбулаторных психотерапевтических центров.
2. Bandelow, B., Michaelis, S., & Wedekind, D. (2021). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 23(3), 289–301. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2021.23.3/bbandelow>
3. Borkovec, T. D., & Ruscio, A. M. (2018). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 79(3), 16f10727. <https://doi.org/10.4088/JCP.16f10727>
4. Hoge, E. A., Bui, E., Marques, L., Metcalf, C. A., Morris, L. K., Robinaugh, D. J., ... & Simon, N. M. (2019). Randomized controlled trial of mindfulness meditation for generalized anxiety disorder: Effects on anxiety and stress reactivity. *Journal of Clinical Psychiatry*, 80(6), 19m12968. <https://doi.org/10.4088/JCP.19m12968>
5. Hofmann, S. G., Gómez, A. F., Mindfulness-Based Interventions for Anxiety and Depression. (2020). *Psychiatric Clinics of North America*, 43(4), 593–606. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2020.08.008>
6. Roemer, L., Orsillo, S. M., & Salters-Pedneault, K. (2021). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: Evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(5), 380–392. <https://doi.org/10.1037/ccp0000600>
7. Кадыров, Ф. Х., & Салимова, Г. А. (2020). Когнитивно-поведенческая терапия генерализованного тревожного расстройства: современные подходы и эффективность. *Психиатрия и психофармакотерапия*, 22(4), 34–42.

8. Петрова, Е. В., & Михайлова, Н. В. (2019). Психотерапия тревожных расстройств: возможности интеграции методов. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 119(5), 65–72. <https://doi.org/10.17116/jnevro201911905165>
9. Morledge, T. J., Allexandre, D., Fox, E., Fu, A. Z., Higashi, M. K., Kruzikas, D. T., & Reese, P. R. (2013). Feasibility of an online mindfulness program for stress management—A randomized, controlled trial. PLoS ONE, 8(11), e81131. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0081131>
10. Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., & Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. Clinical Psychology Review, 33(6), 763–771. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.005>
11. World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders: Global health estimates. WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>