

**На правах рукописи**

**Кузнецов Владислав Евгеньевич**

**Эффективность когнитивно-ориентированной психотерапии при  
генерализованном и паническом тревожных расстройствах**

**14.01.06 – психиатрия**

**Автореферат**

**диссертации на соискание ученой степени**

**кандидата медицинских наук**

**Москва- 2018**

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России.

**Научный руководитель:**

Доктор медицинских наук

**Тукаев Рашит Джаудатович**

**Официальные оппоненты:**

**Шевченко Юрий Степанович** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской психиатрии и психотерапии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России.

**Джангильдин Юрий Тангирович** – доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России.

**Ведущая организация:** Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им В.М. Бехтерева» Минздрава России.

Защита диссертации состоится «17» апреля 2018 г. в 15.00 часов на заседании диссертационного совета Д.208.024.01 при ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России по адресу: 119034, Москва, Кропоткинский пер., 23.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России и на сайте: [www.serbsky.ru](http://www.serbsky.ru)

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета,

### Общая характеристика работы

**Актуальность темы.** Тревожные расстройства (ТР) представляют одну из самых распространенных категорий психических расстройств. Общая распространенность ТР в течение года - 14% – 18,1% [Kessler R.C., 2005, Wittchen H.U., 2010]. Распространенность панического расстройства (ПР) - 1,8% – 4,7% [Kessler R.C., 2005, 2006, Grant B.F., 2005, 2006], генерализованное тревожное расстройство (ГТР) встречается в 1,7% – 3,4% [Kessler R.C., 2005, Wittchen H.U., 2010, Gustavsson A., 2011], в течение года - 28,8%, на долю ПР и ГТР приходится 4,7% и 5,7%, соответственно [Kessler R.C., 2005].

При лечении ТР используется как психофармакотерапия, так и психотерапия [Дмитриева Т.Б., Краснов В.Н. 2009, Краснов В.Н. 2011, Mitte K. 2005, Furukawa T.A., 2006], комбинированная терапия [Watanabe N., 2007, Roshanaei-Moghaddam B., 2011]. В литературе встречаются данные о сравнимой эффективности этих подходов [Mitte K. 2005, 2005, Roshanaei-Moghaddam B., 2011], о превосходстве психотерапии, прежде всего, по уровню рецидивов и большей приверженности к лечению [Roshanaei-Moghaddam B., 2011, Furukawa T.A., 2006, Otto M.W., 2005]. С развитием знаний о тревожных расстройствах усиливается интерес к вопросам психофармакорезистентности [Bystritsky A. 2006, Chen T., 2016]. Для преодоления резистентности предлагается использование комбинированной психофармакотерапии или психотерапии, однако, эффективность этих подходов остается малообоснованной [Patterson B., 2016, Rodrigues H., 2010].

Приоритетной в доказательной эффективности при ТР является когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) [Дмитриева Т.Б., Краснов В.Н., 2009, Beck J., 2011, Bandelow B., 2013]. В настоящее время востребованы методики психотерапии на основе полноты осознания (mindfulness) [Mennin D.S., 2002, Lynn S.J., 2006]. Получены данные о преимуществах данных подходов в сравнении с традиционной КПТ при ТР [Vollestad J., 2011, van der Heiden C., 2012].

Комбинация когнитивного подхода и гипнотерапии при ТР, позволяет ускорить процесс лечения, и увеличить его эффективность [Kirsch I., 1995, Alladin A. 2012]. В России разработана клинически эффективная методика комплексной когнитивно-ориентированной психотерапии тревожных расстройств (КОПТ)

Р.Д.Тукаева [Тукаев Р.Д. 2007, 2011] включающая компоненты: 1) психообразовательный; 2) когнитивно-каузально-ориентированный; 3) универсальную гипнотерапию. Эффективность предложенного варианта психотерапии была показана ранее в нерандомизированном исследовании при тревожных расстройствах [Тукаев Р.Д., 2007], выпущены методические рекомендации по применению КОПТ [Тукаев Р.Д., 2013]. Обоснованным и необходимым представляется дальнейшее изучение эффективности КОПТ при ПР и ГТР, в том числе при психофармакорезистентности.

**Степень разработанности темы исследования.** В большинстве исследований оценивается доказательный результат психотерапии с преимущественным использованием среднегрупповых данных исходов терапии [Olatunji B.O., 2010, Bandelow B., 2013, Ost L.G., 2008, Vollestad J., 2011]. Практически отсутствуют доказательные исследования динамики психотерапии при ПР и ГТР. Открытым остается вопрос преодоления резистентности к психофармакотерапии больных с тревожными расстройствами [Patterson B. 2016, Rodrigues H. 2010].

**Цель исследования.** Оценка эффективности когнитивно-ориентированной психотерапии при паническом и генерализованном тревожных расстройствах.

**Задачи:**

1. Доказательная оценка эффективности когнитивно-ориентированной психотерапии панического расстройства с учетом фактора фармакорезистентности клиническими и клинико-психологическими методами с использованием контроля листа ожидания.
2. Доказательная оценка эффективности когнитивно-ориентированной психотерапии генерализованного тревожного расстройства с учетом фактора фармакорезистентности клиническими и клинико-психологическими методами с использованием контроля листа ожидания.
3. Сравнительный анализ групп пациентов с различным клиническим эффектом клиническими и клинико-психологическими методами.
4. Поиск потенциальных клинических и клинико-психологических предикторов эффективности психотерапии.

**Научная новизна исследования.** В рандомизированном исследовании показана высокая клиническая эффективность когнитивно-ориентированной психотерапии, как при паническом расстройстве, так и при генерализованном тревожном расстройстве. Характерно, что высокая клиническая результативность когнитивно-ориентированной психотерапии отмечена не только для группы впервые проходящих терапию, но и в группе резистентных к психофармакотерапии пациентов. Впервые выявлены исходные различия между клинически выделенными группами значительного улучшения и улучшения состояния при терапии ТР невротического регистра, что намечает пути к выявлению и валидации показателей-предикторов терапевтической эффективности при психотерапии тревожных расстройств. Впервые выявлено наличие эффекта полноты осознания универсальной гипнотерапии, ранее рассматривавшегося исключительно как следствие применения медитативных техник. Проведена адаптация системных качественно-количественных критериев оценки улучшения состояния для ГТР. Проведено сравнение эффективности когнитивно-ориентированной психотерапии в лечении панического расстройства и генерализованного тревожного расстройства.

**Практическая значимость работы.** Показана значительная эффективность комплексной когнитивно-ориентированной психотерапии тревожных расстройств при ПР и ГТР, как у впервые проходящих терапию, так и у пациентов с психофармакорезистентностью. Выявлены предикторы эффективности психотерапии при ПР и ГТР, позволяющие оптимизировать процесс подбора объема и формы терапевтического вмешательства. Разработаны системные качественно-количественные критерии оценки улучшения состояния при ГТР. Оценена практическая значимость различных психометрических методик при оценке эффективности психотерапии тревожных расстройств невротического регистра.

**Материалы и методы исследования.** В исследовании участвовали 52 пациента, проходивших лечение в 2012-2014 годах в клиниках Московского НИИ Психиатрии. На этапе скрининга пациенты были рандомизированы в группы контроля листа ожидания (КЛО) – 25 человек, и первичную терапевтическую группу (ПТГ) – 27 человек. В исследовании испытуемые были разделены на 6

групп: 1) группы панического расстройства (ПР) и генерализованного тревожного расстройства (ГТР); 2) группы впервые проходящих терапию (ВПТ) и резистентных к психофармакотерапии (РПФТ); 3) группы значительного улучшения состояния (ЗУС) и улучшения состояния (УС) (см. Таблицу 1).

Для постановки диагноза и оценки динамики состояния использовались критерии МКБ-10 для панического расстройства и генерализованного тревожного расстройства в виде клинического опросника.

У всех пациентов группы РПФТ ранее было проведено не менее двух курсов психофармакотерапии (средняя продолжительность приема психотропных препаратов – 37,6 месяцев). На момент включения все пациенты этой группы получали терапию антидепрессантами (13 – СИОЗС, 7 – СИОЗС в сочетании с трициклическими или гетероциклическими антидепрессантами). В 11 случаях антидепрессанты сочетались с малыми нейролептиками, в 6 случаях с транквилизаторами. Снижение дозировок препаратов проводилось постепенно, по мере улучшения состояния, интервал для снижения дозы составлял в среднем 3-4 дня. В начале, производилось снижение дозировок и отмена транквилизаторов (при их наличии в схеме лечения), затем отменялись нейролептики, в последнюю очередь – антидепрессанты. На момент окончания исследования психофармакотерапия была полностью отменена у 14 пациентов. В оставшихся 6 случаях пациенты продолжали принимать СИОЗС.

Таблица 1. Общая характеристика контингента и групп исследования

Группы	Количество обследованных	Пол и средний возраст	
		Мужчины	Женщины
Общая выборка исследования	52	17 (31,7)	35 (31,4)
Группы КЛЮ и ПТГ			
КЛЮ	25	10 (33,4)	15 (31,9)
ПТГ	27	7 (29,1)	20 (31,7)
Группы ПР и ГТР			
ПР	29	10 (27,8)	19 (28,4)
ГТР	23	7 (34,6)	16 (35,5)
Группы ВПТ и РПФТ			
ВПТ	32	8 (29,5)	24 (28)
РПФТ	20	9 (32,5)	11 (40,5)
Группы ЗУС и УС			
ЗУС	29	4	25 (30)
УС	23	13 (31,5)	10 (37,5)

Все пациенты, включенные в исследование, проходили лечение по методике когнитивно-ориентированной психотерапии тревожных расстройств. Сеансы психотерапии проводились с частотой 2-3 раза в неделю для первых 8-10 встреч, затем раз в 1-2 недели, в зависимости от динамики состояния. Завершение терапии происходило после принятия пациентом и врачом решения о достижении необходимого терапевтического эффекта. Итоговая продолжительность курса лечения составляла 1-3 месяца. Катамнестическая оценка проводилась по истечении двух лет с момента окончания терапевтического воздействия.

Исследование основано на дизайне контроля листа ожидания с перекрестной оценкой. Пациенты распределялись в группу контроля листа ожидания и первичную терапевтическую группу поочередно. Контрольную группу составили 25 человек, первоначально распределенных в лист ожидания, период ожидания составлял 3 недели. Группа листа ожидания служила контрольной как для первичной терапевтической группы, так и для самой себя.

Для изучения клинической динамики были использованы исследовательские критерии МКБ-10 и критерии системной качественно-количественной оценки эффективности психотерапии – степень осознаваемого контроля текущего состояния, активность пациента в преодолении болезненных расстройств, независимость пациента от психотерапевта и устойчивость психотерапевтического контакта [Тукаев Р.Д., 2006, 2007]. Оценка по клиническим показателям проводилась на этапе скрининга, перед сеансами 4, 7, 11, 15 и по завершении лечения, критериальная оценка эффективности психотерапии производилась на 4 и последнем сеансах. Оценка результатов основывалась на следующих градациях: 1) значительное улучшение состояния (ЗУС); 2) улучшение состояния (УС); 3) незначительное улучшение состояния (НУС); 4) отсутствие улучшения состояния (ОУС). Градации 1 и 4 являются качественными и соответствуют полному выздоровлению и отсутствию положительной динамики.

Для психометрической оценки эффективности психотерапии использовались следующие методики: MMPI, SCL-90, Тест Спилбергера-Ханина (STAI), Шкала Депрессии Бека (BDI), Личностная Шкала Тревоги Тейлора (Тai), Шкала Тревоги Шихана (ShARS), опросник «Управление ресурсами для выздоровления» (RRI), Шкала внимательности и осознанности (MAAS) и Пятифакторная шкала полноты

осознания, короткая версия (FFMQ-SF). Методика RRI использовалась в совместной адаптации авторов опросника и Р.Д. Тукаева. Методики MAAS и FFMQ-SF использованы в адаптации автора настоящего исследования.

Результаты исследования обрабатывались с помощью статистического пакета Statistica 10. Для сравнения данных применялись непараметрические критерии: Вилкоксона, Манна-Уитни,  $\chi^2$ . При подсчете размера эффекта применялся критерий объективного размера эффекта  $d_{unb}$ . Для поиска предикторов эффективности психотерапии применялся корреляционный и дискриминантный анализ.

### **Положения, выносимые на защиту:**

1. Когнитивно-ориентированная психотерапия характеризуется высокой и сопоставимой результативностью как при ПР, так и при ГТР в формате контролируемого исследования.

2. КОПТ высоко эффективна как в группе впервые проходящих терапию, так и в группе пациентов с психофармакорезистентностью, что определяется ее методическим инструментарием, позволяющим обеспечить работу с пациентом на когнитивном, психообразовательном, эмоциональном уровнях, стимулировать личностную активность пациента.

3. Выделение клинических групп улучшения состояния позволяет более детально раскрыть особенности терапевтического процесса и исходов лечения, расширяя возможности исследования терапии расстройств пограничного уровня, осуществлять поиск предикторов эффективности психотерапии.

4. Психотерапевтическая динамика КОПТ при ПР характеризуется наибольшей динамикой клинических показателей в первой половине лечения, при ГТР позитивная терапевтическая динамика смещается к середине лечения при большей общей продолжительности терапии (средние значения продолжительности 11,9 и 15,6 сеансов для ПР и ГТР)

**Публикации:** по теме исследования опубликовано 6 работ (5 в изданиях, рекомендованных ВАК), одна в международном европейском журнале. Результаты работы доложены и обсуждены на международных конгрессах (Бремен 2012, Будапешт 2013, Москва 2013, 2014, Сорренто 2014, Абердин 2016, Уфа 2017).

### **Внедрение результатов в практику.**

Полученные данные актуальны для практического здравоохранения и внедрены в практику в Московском НИИ Психиатрии, на кафедре психотерапии и сексологии Российской медицинской академии последипломного образования. Описанные методы позволяют улучшить качество оказываемой помощи пациентам с паническим расстройством и генерализованным тревожным расстройством. Данные полученные в ходе исследования использованы в образовательном процессе в рамках курса обучения основам комплексной когнитивно-ориентированной психотерапии ординаторов и аспирантов МНИИП.

### **Основное содержание работы (результаты исследования)**

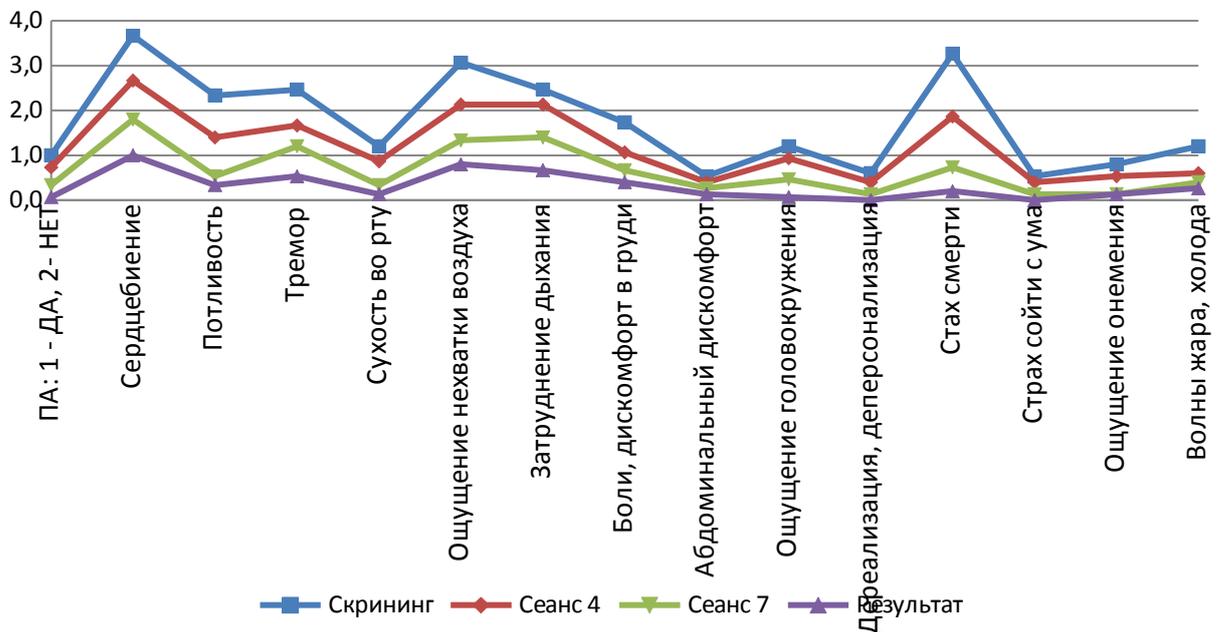
При анализе клинических особенностей тревожных расстройств в исследуемой выборке были установлены особенности протекания панического расстройства и генерализованного тревожного расстройства. В группе ПР наиболее выраженными исходно показателями, характеризующими клиническую картину, были: сердцебиение, потливость, тремор, ощущение нехватки воздуха, затруднение дыхания, страх смерти. Показатели абдоминального дискомфорта, дереализации или деперсонализации, страха сойти с ума, ощущения онемения или покалывания были малоинформативны (см. график 1).

В группе ГТР профиль симптоматики был более вариативным (см. график 4). В клинической картине явно доминировали симптомы сердцебиения, тремора, беспокойства или неспособности расслабиться, чувства нервозности или психического напряжения. Пять из 23 симптомов, указанных в исследовательских критериях МКБ-10, не участвовали в формировании клинической картины, это были: затруднение дыхания, дереализация или деперсонализация, страх смерти, страх сойти с ума, усиленное реагирования на неожиданные события.

**Динамика состояния при ПР** характеризовалась акцентом на первой половине работы, когда происходили наибольшие изменения показателей симптоматики (см. графики 1, 3). Основная динамика ведущих признаков расстройства имела место в начале терапии между исследованиями на сеансах 1 и 4. На 4-м сеансе статистически значимые отличия от исходных показателей

отмечались для 12 шкал из 14 (см. график 1). Большинство пациентов группы ПР отмечало существенное улучшение после 3-5 сеанса. В этот период происходило снижение интенсивности панических приступов, в первую очередь за счет когнитивного компонента. За период первых 7 сессий прекращение приступов паники наблюдалось у 21 пациента – 74%.

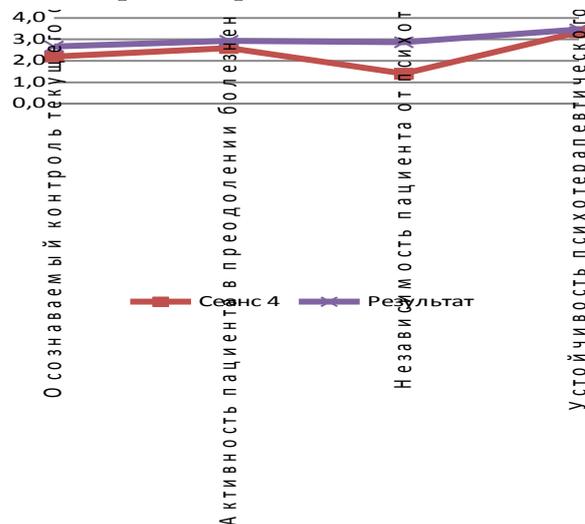
График 1 Динамика клинических показателей при ПР в общей выборке



\* - статистически значимое отличие между сеансом 1 и 4  $p < 0,05$

\*\* - статистически значимое отличие между сеансом 1 и окончанием лечения  $p < 0,05$

График 2 Критериальная оценка текущей/итоговой эффективности психотерапии при ПР между сеансом 4 и окончанием лечения  $p < 0,05$



\* - статистически значимое отличие

График 3 Динамика средних значений выраженности симптоматики при ПР в общей выборке

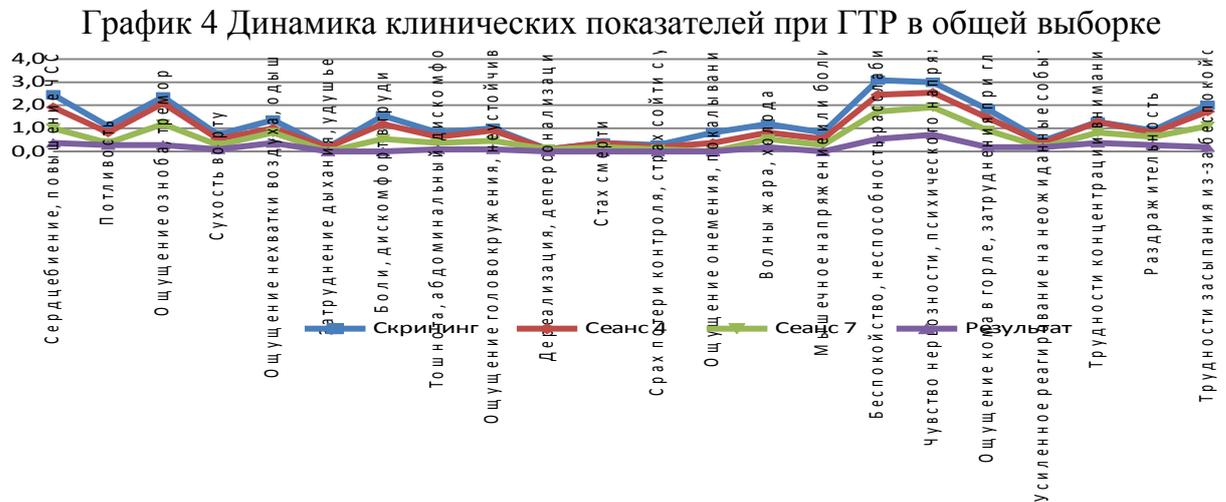


Дальнейшая динамика характеризовалась постепенной редукцией пароксизмальной тревоги и внепароксизмальной симптоматики. К моменту окончания у 27 из 29 пациентов приступы паники полностью прекратились. По окончании лечения статистически значимые изменения затрагивали 13 из 14 шкал. К моменту окончания исследования кривая выраженности симптомов постепенно снижаясь выравнивалась, в среднем переходя на субклинический уровень, когда симптоматика не соответствовала критериям МКБ-10 (графики 1, 3). По данным критериальной оценки эффективности психотерапии наиболее существенно менялся показатель степени независимости пациента от психотерапевта (график 2).

**Динамика состояния при ГТР** представлена на графике 4. Редукция симптоматики в этой группе происходила медленнее, чем при ПР. За период первых 4 сессий статистически значимым изменениям подвергались 10 из 22 симптомов, описанных в исследовательской версии МКБ-10. На момент сеанса 7 изменения касались уже 16 показателей.

Основная динамика состояния при ГТР приходилась на вторую четверть терапевтического процесса (графики 4 и 6). Наиболее значимые изменения показателей симптоматических шкал происходили в период между сеансами 4 – 7. Начальный этап лечения (сеансы 1-4) характеризовался снижением отдельных шкал небольшой амплитуды. После сеанса 7 скорость изменений снижалась, отмечалась равномерная редукция симптоматики до момента завершения лечения. На момент окончания исследования наблюдаемая симптоматика в среднем не соответствовала критериям МКБ-10. При итоговой оценке статистически значимые изменения отмечались для 17 из 22 симптомов. За период лечения статистически значимо повышались все 4 показателя критериальной оценки эффективности психотерапии (график 5).

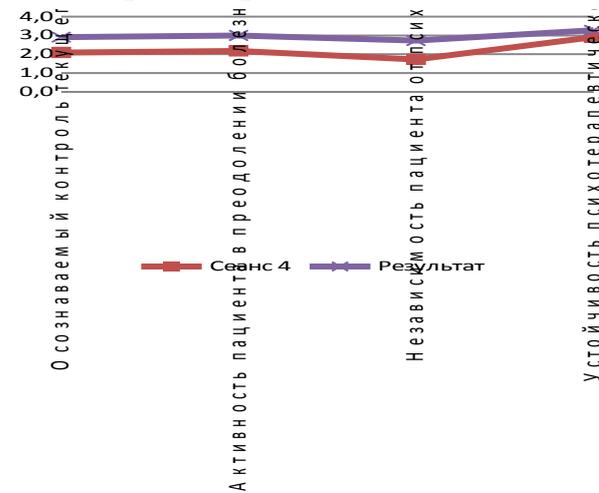
**Результаты применения экспериментального дизайна контроля листа ожидания с перекрестной оценкой.** Групп КЛЮ и ПТГ не различались по социальным и психометрическим показателям. Таким образом, рандомизацию следует признать успешной. Контроль листа ожидания может применяться в качестве контроля при исследованиях эффективности психотерапии, позволяя получать стандартные данные в формате доказательной медицины.



\* - статистически значимое отличие между сеансом 1 и 4  $p < 0,05$

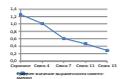
\*\* - статистически значимое отличие между сеансом 1 и окончанием лечения  $p < 0,05$

**График 5 Критериальная оценка текущей/итоговой эффективности психотерапии при ГТР**



\* - статистически значимое отличие между сеансом 4 и окончанием лечения  $p < 0,05$

**График 6 Динамика средних значений выраженности симптоматики при ГТР в общей выборке**



**Результативность терапии по данным психометрической оценки** оценивалась как для всей выборки, так и с разделением на группы, для выявления специфических механизмов.

**При совместной оценке** результативности проводимое лечение показало высокую эффективность (см. таблицы 1 и 2). При оценке всей выборки наблюдались высокие показатели размера эффекта для клинических шкал (SCL-90 DEP, ANX, GSI, STAI-S, STAI-T, BDI, ShARS). При клинической оценке результатов с использованием системной качественно-количественной шкалы, на момент окончания лечения состояние 47 человек (91,4%) нельзя было более квалифицировать как психическое расстройство по МКБ-10. Таким образом, в исследовании была получена высокая результативность когнитивно-ориентированной психотерапии при ПР и ГТР как по данным психометрии, так и по данным клинической оценки.

Таблица 1 Результаты терапии в общей выборке

Параметр	Контроль листа ожидания (n=25)		Результаты терапии (n=52)		p	d <sub>unb</sub>
	M	SD	M	SD		
SCL-90 DEP	1,98	0,90	0,94	0,90	≤0,0001	1,15
SCL-90 ANX	2,18	1,00	0,93	1,00	≤0,0001	1,25
SCL-90 GSI	1,52	0,58	0,74	0,58	≤0,0001	1,33
STAI-S	39,87	12,04	24,81	12,04	≤0,0001	1,25
STAI-T	58,59	9,90	48,12	9,90	≤0,0001	1,06
BDI	21,99	9,87	9,65	9,87	≤0,0001	1,25
Tai	29,38	6,88	22,58	6,88	≤0,001	0,99
ShARS	48,40	29,43	22,04	29,43	≤0,0001	0,90
FFMQ-SF	67,71	9,99	80,12	9,99	≤0,0001	1,24
MAAS	3,80	0,68	4,35	0,68	≤0,003	0,80

Таблица 2 Клиническая оценка результатов и продолжительности терапии

Параметр	Общая выборка n=52		Группа ВПТ n=32		Группа РПФТ n=20		Группа ПР n=29		Группа ГТР n=23	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Градация улучшения состояния</b>										
ЗУС	29	55,8	22	68,8	7 <sup>2</sup>	35	16	55,2	13	56,5
УС	18	34,6	10	31,3	9	45	12	41,4	7	30,4
НУС	3	5,8			2	10			2	8,7
ОУС	2	3,8			2	10	1	3,4	1	4,4
<b>Продолжительность лечения, сеансов (M, SD)</b>	13,5	5,14	11,50	3,07	16,7 <sup>1</sup>	6,05	11,93	4,09	15,64 <sup>3</sup>	5,61

<sup>1</sup> - статистически значимое различие между группами ВПТ и РПФТ p=0,0005<sup>2</sup> - статистически значимое различие между группами ВПТ и РПФТ p=0,02<sup>3</sup> - статистически значимое различие между группами ПР и ГТР p=0,02

**Группы ПР и ГТР** принципиально не отличались ни по исходным показателям, ни по результатам терапии. Клиническая результативность лечения была сходной (см. таблицы 2, 3). Имеющиеся на момент включения в исследование различия нивелировались в процессе терапии. В целом, в группе ГТР изменение психометрических показателей было менее выраженным. Средний размер эффекта для клинических шкал составлял 1,44 и 1,1 для групп ПР и ГТР соответственно. Шкалы полноты осознания в большей степени реагировали при ГТР.

Таблица 3 Результаты терапии в группах ПР и ГТР

Шкала	Группа ПР n=29				Группа ГТР n=23			
	М	SD	d (до- после)	p	М	SD	d (до- после)	p
<b>SCL-90 DEP</b>								
на момент включения	1,95	0,81			2,00	0,97		
на момент окончания	0,82	0,83	1,37	≤0,0001	1,09	0,83	1,01	≤0,01
<b>SCL-90 ANX</b>								
на момент включения	2,46	0,77			1,92	1,19		
на момент окончания	0,89 <sup>1</sup>	0,72	2,11	≤0,0001	0,98	1,00	0,85	≤0,05
<b>SCL-90 GSI</b>								
на момент включения	1,64	0,69			1,41	0,67		
на момент окончания	0,72	0,60	1,42	≤0,0001	0,78	0,59	1,01	≤0,01
<b>STAI-S</b>								
на момент включения	40,63	11,62			39,17	13,22		
на момент окончания	24,13	9,77	1,54	≤0,0001	25,72	10,73	1,12	≤0,01
<b>STAI-T</b>								
на момент включения	58,50	10,51			58,67	10,46		
на момент окончания	48,20	10,66	0,97	≤0,001	48,00	7,20	1,19	≤0,001
<b>BDI</b>								
на момент включения	22,88	11,30			21,17	9,60		
на момент окончания	10,13	8,29	1,30	≤0,0001	9,00	6,16	1,51	≤0,01
<b>FFMQ-SF</b>								
на момент включения	67,73	6,77			67,69	10,90		
на момент окончания	79,18	8,17	1,53	≤0,0001	81,32	7,95	1,43	≤0,01
<b>MAAS</b>								
на момент включения	4,09	0,83			3,53	0,47		
на момент окончания	4,45	0,70			4,20	0,71	1,1	≤0,01

Полученные данные свидетельствуют о сходной результативности применения когнитивно-ориентированной психотерапии тревожных расстройств при ПР и ГТР. При применении единой методики когнитивно-ориентированной психотерапии, пациенты с ПР и ГТР реагировали на терапию по-разному. Реадаптация протекала по специфическим для двух различных расстройств механизмам. Высокая эффективность методики при ГТР объясняется, в том числе, задействованием в процессе психотерапии механизмов полноты осознания.

Для поиска различий терапевтических изменений в группах ВПТ и РПФТ, а так же поиска общего механизма улучшения состояния с помощью анализа изменений в группах качественно отличающихся исходов лечения (ЗУС и УС) в дальнейшем группы ПР и ГТР рассматривались обобщенно.

**Группы впервые проходивших терапию (ВПТ) и резистентных к психофармакотерапии (РПФТ).** В нашем исследовании была продемонстрирована высокая эффективность КОПТ, как у впервые проходящих терапию, так и у пациентов с психофармакорезистентностью. В то же время, результативность лечебного воздействия была существенно выше в группе ВПТ (см. таблицы 2, 4). В целом по выборке в группе ВПТ процент значительного улучшения составил 67,8%, в группе РПФТ – 35 (статистическая значимость различий –  $p=0,02$ ). При РПФТ достижение клинического эффекта требовало существенно большего времени (таблица 2). Различий в клинической эффективности лечения при ПР и ГТР в подгруппах ВПТ и РПФТ обнаружено не было.

Таблица 4 Результаты терапии в группах ВПТ и РПФТ

Шкала	Группа ВПТ n=32				Группа РПФТ n=20			
	М	SD	d (до- после)	p	М	SD	d (до- после)	p
<b>SCL-90 DEP</b>								
на момент включения	1,56	0,66			1,81	1,06		
на момент окончания	0,67	0,41	1,71	$\leq 0,0001$	1,45	1,05		
<b>SCL-90 ANX</b>								
на момент включения	1,69	0,75			2,01	1,07		
на момент окончания	0,63	0,43	1,78	$\leq 0,0001$	1,37	1,05	0,60	$\leq 0,01$
<b>SCL-90 GSI</b>								
на момент включения	1,20	0,43			1,42	0,82		
на момент окончания	0,55	0,26	1,88	$\leq 0,0001$	1,08	0,83	0,41	$\leq 0,01$
<b>STAI-S</b>								
на момент включения	34,33	6,94			42,30	15,13		
на момент окончания	22,00	8,19	1,63	$\leq 0,0001$	29,30	13,45	0,91	$\leq 0,001$
<b>STAI-T</b>								
на момент включения	52,85	8,32			58,90	10,95		
на момент окончания	44,70	4,89	1,23	$\leq 0,0001$	53,50	9,77	0,52	$\leq 0,01$
<b>BDI</b>								
на момент включения	18,42	9,16			21,30	12,12		
на момент окончания	8,38	5,14	1,40	$\leq 0,0001$	11,60	10,70	0,85	$\leq 0,01$
<b>FFMQ-SF</b>								
на момент включения	71,27	7,26			71,28	12,28		
на момент окончания	80,85	7,95	1,26	$\leq 0,0001$	79,40	9,52	0,74	$\leq 0,01$
<b>MAAS</b>								
на момент включения	3,85	0,72			3,97	0,63		

на момент окончания	4,27	0,66	0,61	$\leq 0,0001$	4,40	0,69	0,66	$\leq 0,001$
---------------------	------	------	------	---------------	------	------	------	--------------

Изменения психометрических показателей в процессе лечения в выделенных группах носили различный характер. Различия между исходными и конечными показателями по клиническим шкалам были существенно больше в группе ВПТ (средний размер эффекта 1,61, против 0,66 для РПФТ). По результатам терапии в группе РПФТ при сравнительно меньшей эффективности, чем в группе ВПТ, был получен достаточно высокий терапевтический результат, в большей части случаев позволивший отказаться от психофармакотерапии.

**Группы значительного улучшения и улучшения состояния, поиск предикторов эффективности психотерапии.** В рассматриваемых группах обнаружены различия между исходными данными, эти различия касались в основном данных методики RRI (группа шкал «Факторы, способствующие выздоровлению», см. таблицу 5). По данным методики MMPI различия наблюдались в шкалах 1 (Сверхконтроль), 5 (Мужественность-женственность – наибольшее различие,  $d_{unb}=1,13$ ,  $p<0,0001$ ). Описанные различия свидетельствуют о большей зрелости личности у пациентов в группе значительного улучшения, в том числе о лучше сформированной половой идентификации и более активной личностной позиции.

Таблица 5 Сравнение исходных показателей управления ресурсами для выздоровления в группах ЗУС и УС

Показатель	ЗУС (М)	УС (М)	Достоверно сть	$d_{unb}$
<b>Факторы, способствующие выздоровлению</b>				
1 Поддержание контроля	64,01	58,28	$p=0,02$	0,69
2 Позитивное мышление	67,97	62,19	$p=0,007$	0,72
3 Целеустремленность	64,15	60,52	$p=0,01$	0,63
4 Стремление к осведомленности	65,41	59,31	$p=0,004$	0,81
5 Внимательное отношение к своему здоровью	66,18	60,52	$p=0,002$	0,90
6 Положительное отношение к специалистам в области медицины	73,89	66,23	$p<0,0001$	1,24
7 Позитивные эмоции	60,08	57,00		
8 Позитивные ожидания/ надежды	70,58	65,78	$p=0,007$	0,69
9 Возможность выбора	61,52	58,56		
10 Ориентированность на настоящее/будущее	62,52	57,23	$p=0,02$	0,85
11 Ответственность за свои действия	65,39	57,93	$p=0,0002$	1,19
12 Продуктивное противостояние стрессу	56,75	50,86	$p=0,002$	0,94
13 Принятие	56,09	49,49	$p=0,001$	1,13
14 Способность делиться эмоциями	60,70	57,03	$p=0,004$	0,78
15 Социальная поддержка	65,58	62,40	$p=0,02$	0,54
16 Целостность	65,42	57,20	$p<0,0001$	1,51

17 Минимизация ущерба	66,88	61,11	p=0,0002	1,17
18 Позитивные ценности	68,69	63,00	p=0,02	0,75

Принципиальные различия наблюдались и в изменениях исследуемых шкал в процессе лечения (см. таблицу 6). В группе ЗУС изменения затрагивали большее число шкал, амплитуда реагирования была значимо выше. Так, средний размер эффекта для шкал MMPI – 0,96 и 0,55, для RRI 1,62 и 0,53, в группах ЗУС и УС, соответственно. Для клинических шкал средний размер эффекта равнялся 1,38 для группы значительного улучшения и 0,65 для группы улучшения состояния. Полученные данные свидетельствуют о более значительных, целостных личностных и симптоматических изменениях в группе значительного улучшения.

Таблица 6 Результаты терапии в группах ЗУС и УС

Шкала	Группа ЗУС n=29				Группа УС n=23			
	М	SD	d (до- после)	p	М	SD	d (до- после)	p
<b>SCL-90 DEP</b>								
на момент включения	1,80	0,79			1,51	0,85		
на момент окончания	0,63	0,76	1,46	≤0,0001	1,24	0,81	0,32	p≤0,05
<b>SCL-90 ANX</b>								
на момент включения	1,90	1,03			1,81	0,83		
на момент окончания	0,88	0,89	1,03	≤0,0001	0,98	0,80	0,97	≤0,001
<b>SCL-90 GSI</b>								
на момент включения	1,34	0,58			1,24	0,67		
на момент окончания	0,59	0,57	1,24	≤0,0001	0,90	0,59	0,52	≤0,001
<b>STAI-S</b>								
на момент включения	36,0	11,14			38,69	11,15		
на момент окончания	21,31	7,77	1,48	≤0,0001	28,30	11,08	0,90	≤0,0001
<b>STAI-T</b>								
на момент включения	55,31	9,28			54,85	10,45		
на момент окончания	46,46	7,44	1,02	≤0,0001	49,77	10,69	0,46	≤0,001
<b>BDI</b>								
на момент включения	20,08	9,74			19,00	10,87		
на момент окончания	6,31	5,22	1,71	≤0,0001	13,00	7,85	0,61	≤0,001
<b>ShARS</b>								
на момент включения	56,77	28,30			40,77	19,75		
на момент окончания	17,08	13,63	1,73	≤0,0001	27,00	14,87	0,76	≤0,001
<b>FFMQ-SF</b>								
на момент включения	70,85	9,08			72,23	9,60		
на момент окончания	83,24	6,76	1,49	≤0,0001	76,75	8,12	0,15	p≤0,01
<b>MAAS</b>								
на момент включения	3,85	0,79			3,94	0,65		
на момент окончания	4,54	0,68	0,90	≤0,0001	4,15	0,68	0,30	p≤0,01

Проведенный дискриминантный анализ позволил выявить показатели, наилучшим образом разграничивающие группы ЗУС и УС по исходным данным (таблица 7). Такими показателями стали «Целостность» опросника RRI, шкала

мужественности/женственности ММПИ и шкала «Позитивные ценности» RRI. Данные дискриминантного анализа согласуются с результатами, полученными в ходе сравнения исходных показателей выборок. Таким образом, описанные показатели можно расценивать как предикторы эффективности психотерапии при ПР и ГТР.

Таблица 7 Итоги анализа дискриминантной функции

Wilks' Lambda: .49448 approx. F (3,48)=16.358 p<.0000						
	Wilks' Lambda	Partial Lambda	F-remove	p-value	Toler	1-Toler
Целостность (RRI)	0,71	0,69	21,33	0,0001	0,40	0,60
ММПИ 5	0,59	0,84	9,07	0,004	0,94	0,06
Позитивные ценности (RRI)	0,55	0,90	5,14	0,03	0,39	0,61

Таким образом, в исследовании психометрически подтверждена правомерность клинической оценки исходов терапии с помощью системной качественно-количественной шкалы оценки эффективности психотерапии. Подобное деление позволяет обнаруживать исходные различия между группами значительного улучшения и улучшения состояния, осуществить выделение предикторов эффективности психотерапии.

**Результаты катamnестической оценки.** Катamnестическая клиническая оценка проводилась через 2 года после окончания курса лечения. Данные о состоянии здоровья удалось собрать у 51 человека (см. таблицу 8). По данным катamnестической оценки состояние улучшилось у 8 пациентов, ухудшилось в двух случаях.

Таблица 8 Катamnестическая оценка результатов терапии

Параметр	Общая выборка n=51		Группа ВПТ n=31		Группа РПФТ n=20		Группа ПР n=29		Группа ГТР n=22	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Градация улучшения состояния</b>										
ЗУС	34	66,7	23	74,2	11	55	20	69,0	14	63,6
УС	13	25,5	7	22,6	6	30	7	24,2	6	27,3
НУС	2	3,9	1	3,2	1	5	1	3,4	1	4,5

ОУС	2	3,9	0	2	10	1	3,4	1	4,5
-----	---	-----	---	---	----	---	-----	---	-----

---

По данным катамнестической клинической оценки статистически значимых различий между группами обнаружено не было. Таким образом, различия между группами ВПТ и РПФТ нивелировались в течение года, что говорит о более длительной, продолжающейся динамике состояния у больных группы РПФТ.

### **Обсуждение результатов.**

В проведенном исследовании была продемонстрирована высокая эффективность когнитивно-ориентированной психотерапии при ПР и ГТР, определяющаяся как по данным клинической оценки, так и по данным психометрии. По результатам терапии в группе РПФТ при сравнительно меньшей эффективности, чем в группе ВПТ, был получен достаточно высокий терапевтический результат, в большей части случаев позволивший отказаться от психофармакотерапии. При катамнестическом обследовании была выявлена сохраняющаяся положительная динамика состояния пациентов на протяжении двух лет после окончания психотерапии.

Между группами ПР и ГТР были обнаружены существенные различия в клинической динамике терапии. Основным отличием при оценке общей динамики в группах была задержка в ответе на терапию у больных ГТР. В то время как в группе ПР наибольшие изменения наблюдались в самом начале лечения, изменения в группе ГТР в этот период были незначительны.

Результаты исследования подтверждают сложившееся в психиатрии представление о более легкой редукции острых психопатологических расстройств, что наблюдается как на уровне расстройства в целом (симптоматика при ПР редуцировалась быстрее), так и на уровне отдельных симптомов (положительная динамика сильнее выражена для более острых симптомов). Полученные данные могут быть осмыслены клинико-психопатологически, так как раскрывают не только структуру выраженности симптоматики, но и позволяют оценить изменчивость, динамику, разную инерционность клинической картины, низкую при ПР и высокую при ГТР.

На основе анализа клинических данных и данных психометрии сформулированы следующие базовые предположения о механизмах психотерапии:

1) исходные характеристики пациентов влияют на психотерапевтический процесс и во многом определяют исход терапии; 2) результат психотерапии при ПР и ГТР выстраивается пациентом исходя из особенностей состояния и общих механизмов психотерапии.

Различия исходных показателей и клинической динамики в группах ЗУС и УС (методики MMPI, RRI, критериальная оценка эффективности психотерапии) указывают на большую личностную зрелость, активную жизненную позицию пациентов группы ЗУС и, как следствие, больший потенциал к терапевтическим изменениям. При этом наибольшую ценность в качестве предикторов эффективности психотерапии имеют показатели «целостность» и «позитивные ценности» методики RRI, а также показатель «мужественность/женственность» методики MMPI.

Исходные различия групп ЗУС и УС могут являться следствием как преморбидных особенностей пациентов, так и результатом динамики заболевания. Данный вопрос требует дальнейшего изучения.

### **Рекомендации и перспективы дальнейшей разработки темы**

Методика когнитивно-ориентированной психотерапии может быть рекомендована в качестве терапии выбора при паническом расстройстве и генерализованном тревожном расстройстве, как для впервые обращающихся за психотерапией, так и у резистентных к психофармакотерапии пациентов. Значимые изменения неклинических показателей, позволяет рекомендовать методику в субклиническом формате, соматической медицине в качестве дополнительного метода лечения и реабилитации. Отдельно стоит отметить высокие показатели размера эффекта для шкал, характеризующих симптомы депрессии. Эти данные позволяют сделать предположение о возможности применения когнитивно-ориентированной психотерапии при депрессивных расстройствах, что может являться темой дальнейшего исследования. Дальнейшего изучения требует вопрос предикторов эффективности лечения, как при психотерапии, так и при фармакотерапевтическом подходе к лечению тревожных расстройств.

### **Выводы:**

1. Проведенное исследование выявило высокую и сопоставимую эффективность когнитивно-ориентированной терапии при паническом и генерализованном тревожных расстройствах.
  - 1.1. В общей выборке по данным клинической оценки значительного улучшения состояния достигли 55,8% больных, улучшения состояния – 36,5% отмечалось существенное снижение показателей тревоги и депрессии, размер эффекта для показателей тревоги был умеренно-высоким (в среднем  $d=1,14$ ), для показателей депрессии – высоким (в среднем  $d=1,2$ ).
  - 1.2. При ПР по данным клинической оценки значительного улучшения состояния достигли 55,2% больных, улучшения состояния – 41,4%, размер эффекта для показателей тревоги и депрессии был высоким (в среднем  $d=1,48$  и  $d=1,34$ , соответственно).
  - 1.3. При ГТР по данным клинической оценки значительного улучшения состояния достигли 56,5% больных, улучшения состояния – 30,4%, размер эффекта для показателей тревоги был умеренным (в среднем  $d=1,04$ ), для показателей депрессии – высоким (в среднем  $d=1,26$ ).
2. Высокая эффективность когнитивно-ориентированной психотерапии получена как у впервые проходящих терапию, так и у резистентных к психофармакотерапии.
  - 2.1. В группе пациентов, впервые проходящих терапию, значительное улучшение состояния наблюдалось у 68,8% больных, остальные 31,2% были расценены как улучшение состояния, таким образом, у всех больных группы ВПТ на момент окончания исследования отсутствовали критерии тревожного расстройства по МКБ-10, размер эффекта для показателей тревоги и депрессии был высоким (в среднем  $d=1,37$  и  $d=1,59$ , соответственно).
  - 2.2. В группе пациентов с психофармакорезистентностью при несколько меньшей эффективности в сравнение с группой ВПТ был достигнут высокий и устойчивый терапевтический результат (значительное улучшение – 35%, улучшение – 40%) размер эффекта для показателей тревоги и депрессии был умеренным (в среднем  $d=0,65$  и  $d=0,85$ , соответственно). В преобладающем большинстве случаев (75% случаев) исход

характеризовался полным или существенным регрессом клинической симптоматики с прекращением психофармакотерапии, прогрессирующему улучшению состояния в катамнезе более года.

3. Выявлены различия в динамике терапевтических изменений при паническом и генерализованном тревожных расстройствах. При ПР наибольшая динамика клинических показателей отмечалась в первой половине лечения. При ГТР наблюдалась задержка в наступлении клинического эффекта, основные изменения происходили в середине терапевтического процесса. При обоих расстройствах наибольшим изменениям подвергались исходно более выраженные симптоматические показатели.
4. Предикторами эффективности психотерапевтического воздействия когнитивно-ориентированной психотерапии при ПР и ГТР являются степень исходной личностной целостности, зрелости, определяющая потенциал и ресурсы пациента в достижении терапевтических изменений, о чем свидетельствуют обнаруженные исходные статистически значимые ( $p$  от 0,02 до 0,0001) различия между группами значительного улучшения состояния и улучшения состояния.
  - 4.1. Показатели осознаваемого контроля текущего состояния, активности пациента в преодолении болезненного расстройства и независимости пациента от психотерапевта шкалы критериальной оценки эффективности психотерапии были изначально выше в группе значительного улучшения состояния, характеризуя больший потенциал к терапевтическим изменениям.
  - 4.2. Исходные различия по данным методики ММРІ (шкалы сверхконтроля, женственности/мужественности, тревожности, оптимистичности) свидетельствуют о большей личностной зрелости пациентов группы значительного улучшения состояния.
  - 4.3. Более высокие исходные показатели «факторов, способствующих выздоровлению» методики управления ресурсами для выздоровления в группе значительного улучшения состояния характеризуют более активную жизненную позицию и терапевтических потенциал этих пациентов.
  - 4.4. Наибольшей предиктивной способностью по данным дискриминантного анализа обладают показатели «целостность» и «позитивные ценности»

методики управления ресурсами для выздоровления, шкала мужественности/женственности методики СМИЛ.

5. Методика универсальной гипнотерапии использует принцип дистанцирования, стимулирующий базовый механизм «нормального переживания», соответствующий используемому в современных западных методиках когнитивной психотерапии принципу полноты осознания (mindfulness). Полученный размер эффекта для шкал оценки полноты осознания был умеренным ( $d=0,8$ ) и эквивалентен эффекту методик, использующих медитацию полноты осознания. Наличие этого эффекта универсальной гипнотерапии, существенно влияет на общую эффективность когнитивно-ориентированной психотерапии.

**Список работ, опубликованных по теме диссертации:**

- 1) Тукаев Р.Д., Кузнецов В.Е. Универсальная гипнотерапия и психотерапия на основе полноты осознания (mindfulness): сходства, различия, терапевтические перспективы. Часть 1 // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23. №1. С. 59 - 64
- 2) Тукаев Р.Д., Кузнецов В.Е. Универсальная гипнотерапия и психотерапия на основе полноты осознания (mindfulness): сходства, различия, терапевтические перспективы. Часть 2 // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23. №2. С. 67 - 72
- 3) Тукаев Р.Д., Кузнецов В.Е., Москаленко Д.А., Петраш Н.М. Оценка эффективности психотерапии при расстройствах невротического регистра: проблемы, ограничения, возможности // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23. №3. С. 92 – 98
- 4) Тукаев Р.Д., Кузнецов В.Е. Когнитивно-ориентированная психотерапия при тревожных расстройствах: оценка в контролируемом исследовании // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. Т. 25. №2 С. 56 – 65.
- 5) Тукаев Р.Д., Кузнецов В.Е. Клиническая рейтинговая шкала системной качественно-количественной оценки процесса и эффективности психотерапии тревожных расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. 2016. Т. 26. №1 С. 21 – 27.

6) Celinski M., Tukaev R., Kuznetsov V. Reverse relationships between utilization of personal resources and psychopathology //European Health Psychologist. – 2016. – T. 18. – №. S. – C. 992.