

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

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, χ^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)

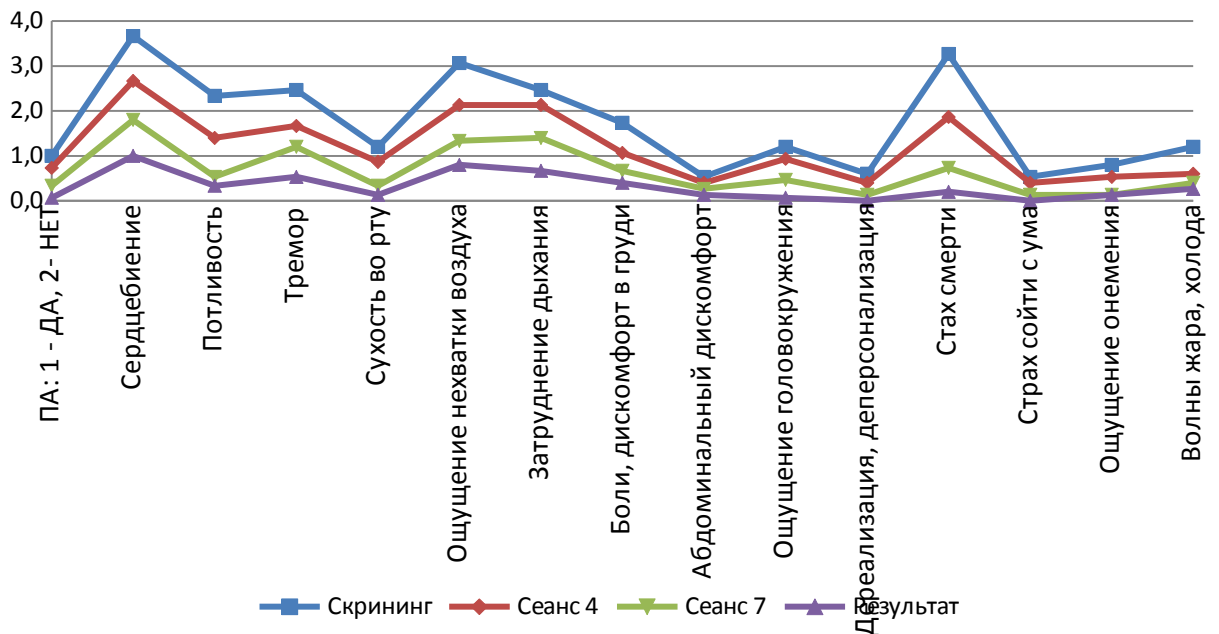
При анализе клинических особенностей тревожных расстройств в исследуемой выборке были установлены особенности протекания панического расстройства и генерализованного тревожного расстройства. В группе ПР наиболее выраженными исходно показателями, характеризующими клиническую картину, были: сердцебиение, 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%.

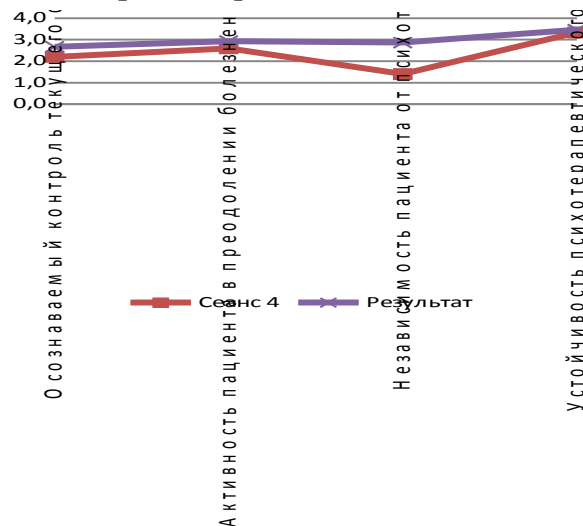
График 1 Динамика клинических показателей при ПР в общей выборке



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

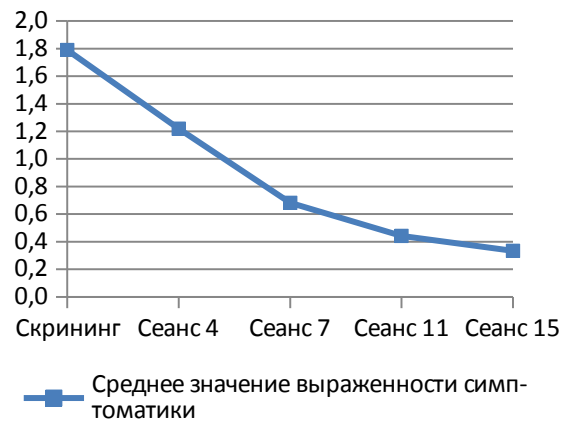
** - статистически значимое отличие между сеансом 1 и окончанием лечения $p < 0,05$

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

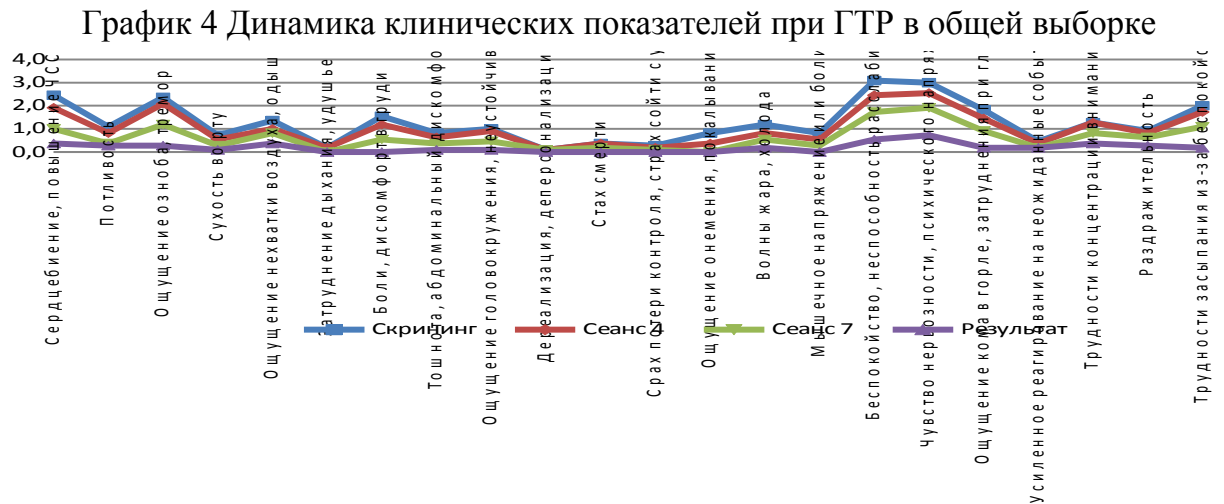


Дальнейшая динамика характеризовалась постепенной редукцией пароксизмальной тревоги и внепароксизмальной симптоматики. К моменту окончания у 27 из 29 пациентов приступы паники полностью прекратились. По окончании лечения статистически значимые изменения затрагивали 13 из 14 шкал. К моменту окончания 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).

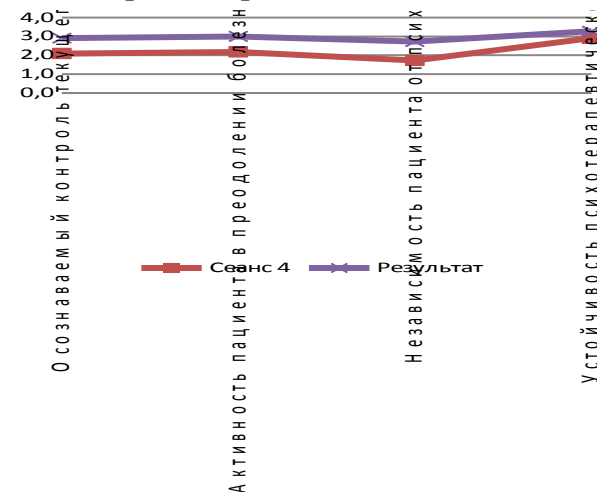
Результаты применения экспериментального дизайна контроля листа ожидания с перекрестной оценкой. Групп КЛЮ и ПТГ не различались по социальным и психометрическим показателям. Таким образом, рандомизацию следует признать успешной. Контроль листа ожидания может применяться в качестве контроля при исследованиях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



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

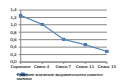
** - статистически значимое отличие между сеансом 1 и окончанием лечения $p < 0,05$

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 _{unb}
	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	%
Градация улучшения состояния										
ЗУС	29	55,8	22	68,8	7 ²	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
Продолжительность лечения, сеансов (M, SD)	13,5	5,14	11,50	3,07	16,7 ¹	6,05	11,93	4,09	15,64 ³	5,61

¹ - статистически значимое различие между группами ВПТ и РПФТ p=0,0005

² - статистически значимое различие между группами ВПТ и РПФТ p=0,02

³ - 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
SCL-90 DEP								
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
SCL-90 ANX								
на момент включения	2,46	0,77			1,92	1,19		
на момент окончания	0,89 ¹	0,72	2,11	≤0,0001	0,98	1,00	0,85	≤0,05
SCL-90 GSI								
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
STAI-S								
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
STAI-T								
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
BDI								
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
FFMQ-SF								
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
MAAS								
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
SCL-90 DEP								
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		
SCL-90 ANX								
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	$\leq 0,01$
SCL-90 GSI								
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	$\leq 0,01$
STAI-S								
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	$\leq 0,001$
STAI-T								
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	$\leq 0,01$
BDI								
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	$\leq 0,01$
FFMQ-SF								
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	$\leq 0,01$
MAAS								
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}
Факторы, способствующие выздоровлению				
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
SCL-90 DEP								
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
SCL-90 ANX								
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
SCL-90 GSI								
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
STAI-S								
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
STAI-T								
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
BDI								
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
ShARS								
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
FFMQ-SF								
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
MAAS								
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	%
Градация улучшения состояния										
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.