

Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии  
и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства  
здравоохранения Российской Федерации

*На правах рукописи*

Кузнецов Владислав Евгеньевич

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

**14.01.06 – психиатрия**

Диссертация на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

доктор медицинских наук

Тукаев Рашит Джаудатович

Москва – 2017

## Оглавление

### Оглавление

Оглавление.....	2
Введение.....	5
Глава 1 Обзор Литературы.....	10
1.1 Введение.....	10
1.2 Терапия тревожных расстройств.....	14
1.2.1 Психофармакотерапия тревожных расстройств.....	15
1.2.2 Психотерапия тревожных расстройств.....	16
1.2.3 Вопросы психофармакорезистентности в терапии тревожных расстройств.....	28
1.3 Вопросы экспериментальных дизайнов в исследовании эффективности психотерапии расстройств невротического спектра.....	29
Глава 2. Материалы и методы исследования.....	36
2.1 Экспериментальный дизайн исследования.....	36
2.2 Принципы и механизмы когнитивно-ориентированной психотерапии при лечении тревожных расстройств.....	37
2.3 Характеристика контингента исследования.....	39
2.3.1 Общая характеристика контингента исследования.....	40
2.3.2 Характеристика групп КЛЮ и ПТГ.....	42
2.3.3 Характеристика групп панического расстройства и генерализованного тревожного расстройства.....	43
2.3.4 Характеристика групп впервые проходящих терапию и резистентных к психофармакотерапии пациентов.....	44
2.3.5 Характеристика групп значительного улучшения состояния и улучшения состояния.....	45
2.4 Оценка эффективности психотерапии тревожных расстройств.....	45
2.5 Психометрический инструментарий исследования.....	54
2.6 Статистические методы оценки полученных результатов.....	56
Глава 3 Клинические особенности пациентов с тревожными расстройствами.....	61
3.1 Общая клинико-психопатологическая характеристика контингента исследования.....	61
3.1.1 Продолжительность и характер течения заболевания в группах ПР и ГТР.....	62
3.1.2 Группы ВПТ и РПФТ, длительность и характер течения заболевания.....	63
3.1.3 Характер психофармакологического лечения в группе РПФТ.....	63

3.2 Группа панического расстройства.....	65
3.2.1 Клинико-психопатологическая характеристика больных ПР.....	65
3.3 Группа генерализованного тревожного расстройства.....	68
3.3.1 Клинико-психопатологическая характеристика больных ГТР.....	68
Глава 4. Исследование эффективности психотерапии тревожных расстройств клиническими и клинико-психологическими методами.....	72
4.1 Введение.....	72
4.2 Оценка изменений данных психометрического исследования по результатам КОПТ панического расстройства и генерализованного тревожного расстройства, результаты терапии в общей выборке.....	74
4.3 Оценка эффективности ПТ ПР в контролируемом исследовании.....	76
4.3.1 Контролируемая оценка эффективности ПТ ПР в общей выборке по данным психометрии.....	76
4.3.2 Клиническая динамика состояния при паническом расстройстве в общей выборке.....	77
4.3.3 Оценка эффективности в подгруппе ВПТ при ПР по данным психометрии.....	80
4.3.4 Оценка эффективности в подгруппе РПФТ при ПР по данным психометрии.....	81
4.3.5 Клиническая динамика состояния при паническом расстройстве в группах ВПТ и РПФТ .....	81
4.4 Оценка эффективности ПТ ГТР в контролируемом исследовании.....	85
4.4.1 Контролируемая оценка эффективности ПТ ГТР в общей выборке по данным психометрии.....	85
4.4.2 Клиническая динамика состояния при генерализованном тревожном расстройстве в общей выборке.....	86
4.3.3 Оценка эффективности в подгруппе ВПТ при ГТР по данным психометрии.....	89
4.3.4 Оценка эффективности в подгруппе РПФТ при ГТР по данным психометрии.....	90
3.4.5 Клиническая динамика состояния при генерализованном тревожном расстройстве в группах ВПТ и РПФТ.....	90
4.5 Катамнестическая оценка результативности когнитивно-ориентированной психотерапии тревожных расстройств при ПР и ГТР.....	94
4.6 Сравнение исходных психометрических параметров и эффективности психотерапии при ПР и ГТР.....	95
4.7 Сравнение эффективности КОПТ в группах ВПТ и РПФТ.....	97
4.7 Группы значительного улучшения состояния и улучшения состояния; поиск предикторов эффективности ПТ.....	99
4.6.1 Сравнение исходных психометрических показателей групп ЗУС и УС.....	100
4.6.2 Сравнение исходных клинических показателей в группах ЗУС и УС.....	103
4.6.3 Оценка изменений по результатам лечения в группах ЗУС и УС.....	103
4.6.4 Дискриминантный анализ данных в группах ЗУС и УС для поиска предикторов эффективности психотерапии.....	110

Глава 5 Обсуждение результатов исследования психотерапии тревожных расстройств.....	112
5.1 Введение.....	112
5.2 Результаты применения экспериментального дизайна контроля листа ожидания и качественно-количественной шкалы оценки эффективности психотерапии.....	113
5.3 Особенности клиники и динамики терапии у больных ПР и ГТР.....	115
5.4 Клиническая эффективность психотерапии у впервые проходивших терапию и резистентных к психофармакотерапии при расстройствах тревожного спектра.....	122
5.3.1 Группы панического расстройства и генерализованного тревожного расстройства.....	125
5.3.2 Группы впервые проходящих терапию и резистентных к психофармакотерапии.....	126
5.5 Группы значительного улучшения состояния и улучшения состояния и поиск предикторов эффективности психотерапии тревожных расстройств.....	127
5.6 Механизмы когнитивно-ориентированной психотерапии тревожных расстройств.....	129
5.7 Изучение степени реагирования и оценочной ценности психометрического инструментария в процессе психотерапии.....	133
Заключение.....	136
Список использованных сокращений.....	152
Список литературы.....	153
Приложение 1 Таблицы и графики.....	174
Приложение 2 Клинические примеры.....	189
Приложение 3 Описание методики когнитивно-ориентированной психотерапии тревожных расстройств.....	214

## Введение

**Актуальность темы исследования.** Тревожные расстройства (ТР) представляют одну из самых распространенных категорий психических расстройств [124, 125, 181]. Общая распространенность ТР в течение года - 14% – 18,1% [124, 181]. Распространенность панического расстройства (ПР) - 1,8% – 4,7% [107, 108, 124, 125], генерализованное тревожное расстройство (ГТР) встречается в 1,7% – 3,4% [112], в течение жизни - 28,8%, на долю ПР и ГТР приходится 4,7% и 5,7%, соответственно [124].

При лечении ТР используется как психофармакотерапия, так и психотерапия, а также, комбинированная терапия [21, 22, 100, 144, 162, 178]. В литературе встречаются данные как о сравнимой эффективности этих подходов [144, 145, 162], так и о превосходстве психотерапии, прежде всего, по уровню рецидивов и большей приверженности к лечению [65, 100, 115, 153, 162]. С развитием знаний о тревожных расстройствах усиливается интерес к вопросам психофармакорезистентности [78, 84]. Для преодоления резистентности предлагается использование комбинированной психофармакотерапии или психотерапии, однако, эффективность этих подходов остается малообоснованной [155, 160].

Приоритетной по доказательной эффективности при ТР является когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) [22, 64, 67]. Тем не менее, продолжается разработка краткосрочных психотерапевтических подходов для повышения результативности лечения. В настоящее время востребованы методики психотерапии на основе полноты осознания (mindfulness) [142, 161, 179] Для психотерапии ТР разработаны: Когнитивная терапия, основанная на медитации полноты осознания, Методика редукции стресса с помощью медитации полноты осознания и др. Получены данные о преимуществах данных подходов в сравнении с традиционной КПТ при ТР [152, 170, 174, 179].

Комбинация когнитивного подхода и гипнотерапии при ГР [55, 130, 103], позволяет ускорить процесс лечения, и увеличить его эффективность [55]. В России разработана методика комплексной когнитивно-ориентированной психотерапии тревожных расстройств (КОПТ) Р.Д.Тукаева [40, 43, 44], включающая компоненты: 1) психообразовательный; 2) когнитивно-каузально-ориентированный; 3) универсальную гипнотерапию. Эффективность предложенного варианта психотерапии была показана ранее в нерандомизированном исследовании при тревожных расстройствах [40], выпущены методические рекомендации по применению КОПТ [42]. 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 [64, 150, 152, 175]. Практически отсутствуют доказательные исследования динамики психотерапии при ПР и ГТР. Открытым остается вопрос преодоления резистентности к психофармакотерапии больных с тревожными расстройствами [155, 160].

**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 ГР 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. Разработаны системные качественно-количественные критерии оценки улучшения состояния при ГТР. Оценена практическая значимость различных психометрических методик при оценке эффективности психотерапии тревожных расстройств невротического регистра.

**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. Универсальность применения методики реализуется за счет активации различных механизмов восстановления функционирования, проявляющихся как при исходно различной клинической картине (ПР и ГТР), так и при наличии психофармакорезистентности.

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.

5. Экспериментальный дизайн контроля листа ожидания с перекрестной оценкой показал свою эффективность и может быть



рекомендован к дальнейшему использованию в исследованиях психотерапии.

**Публикации:** по теме исследования опубликовано 7 работ (5 в изданиях, рекомендованных ВАК). Результаты работы доложены и обсуждены на международных конгрессах (Бремен 2012, Будапешт 2013, Москва 2013, 2014, Сорренто 2014, Абердин 2016, Уфа 2017).

## Глава 1 Обзор Литературы

### 1.1 Введение

Общая распространенность тревожных расстройств в течение года указывается в пределах 14% – 18,1% [124, 181] для стран Европы и США. Распространенность панического расстройства при этом находится в пределах 1,8% – 4,7% [124, 125, 181, 165, 108], генерализованное тревожное расстройство встречается с частотой 1,7% – 3,4% [181, 107, 124, 112]. Распространенность тревожных расстройств в течение жизни по данным R.C. Kessler с соавторами составляет 28,8%, на долю панического расстройства и генерализованного тревожного расстройства приходится 4,7% и 5,7%, соответственно [126]. Кроме того, по данным исследований 35,9-46% популяции хотя бы раз в жизни испытывали панику [163,10].

Тревожные расстройства – одна из частых причин нетрудоспособности, что вызывает значительные экономические потери. ПР и ГТР занимают первое и третье место по затратам на одного пациента среди тревожных расстройств [93, 112]. Основным методом лечения тревожных расстройств в настоящее время является психофармакотерпия, продолжается разработка новых лекарственных препаратов для лечения ГР, изучение эффективности существующих лекарственных средств, укрепления доказательной базы эффективности ПФТ [61, 135, 156, 158]. В рамках психотерапии ГР основная цель исследований заключается в признании психотерапии как самостоятельного метода лечения со сравнимой с ПФТ эффективностью [65, 92, 86, 144, 145]. Последние годы усиливается интерес к вопросам психофармакорезистентности при тревожных расстройствах [63, 98, 99, 133, 155].

Одним из первых невроз страха выделил S. Freud в конце 19-го века [47]. Тем не менее, тревожные расстройства длительное время рассматривались только в рамках другой патологии (неврастения, невроз навязчивых состояний). В международных классификациях самостоятельная категория тревожного невроза появляется только в МКБ-9. В отечественной школе тревожные расстройства долгое время рассматривались параллельно неврологами и психиатрами. Пароксизмальные тревожные расстройства рассматривались преимущественно в рамках неврологической школы Н.И. Геращенко описывал тревожные пароксизмы как диэнцефальные или гипоталамические кризы, А.М. Вейн связывал возникновение приступов с нарушением височно-лимбических, стволово-ретикулярных структур [1, 10]. Одним из первых в рамках психиатрической парадигмы невроз страха выделяет А.М. Свядощ. Он описывал невроз страха как сочетание немотивированной тревоги и приступов страха, указывал на частое развитие ипохондрических идей [32]. При этом описание невроза страха у Свядоща укладывается в рамки современного понимания генерализованного тревожного и панического расстройств.

В современных международных классификациях МКБ-10 и DSM-IV, DSM-V описан широкий спектр тревожных расстройств [24, 52, 53]. В МКБ-10 тревога является центральным определяющим понятием для большинства категорий, описанных в разделе невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств, который включает агорафобию, паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, социальные фобии и др. Переход от DSM-IV к DSM-V отражает эволюцию представлений о ТР, поскольку расстройства, связанные с психической травматизацией, трактовавшиеся ранее в рамках тревожных расстройств выделены в отдельную категорию. Таким образом, проявилась тенденция к более узкой трактовки ТР, большей клинической однородности этих состояний.

Несмотря на распространенность и активное изучение многие вопросы, касающиеся диагностики и классификации, до сих пор не решены, что отражается, в том числе, в различиях между имеющимися международными и национальными классификациями. Отказ от принципа нозологизма и переход к эпидемиолого-феноменологическому и, одновременно, диатез-стрессовому принципу организации и описания психических расстройств привел к: 1) трудностям понимания ранее очевидных различий регистров психопатологического реагирования (невротический и психотический), а соответственно и методов лечения, и клинических исходов; 2) трудностям понимания последовательности и причинности развития психических расстройств, что отразилось в широком применении принципа коморбидности, согласно которому наличие нескольких синдромов, существующих в рамках динамики одного заболевания, требует постановки нескольких диагнозов. Проблемы коморбидности, отказа от нозоцентрической модели классификации, парадоксальность и несовершенство современных классификаций неоднократно обсуждались в отечественной литературе [15, 17, 21, 25, 31, 35].

Данные классификационные трудности непосредственно отражаются на понимании динамики и представленности тревожных расстройств. Согласно существующим диагностическим указаниям коморбидность тревожных расстройств составляет 92,9% для панического расстройства и 89,2% для генерализованного тревожного [107, 108]. Коморбидность тревожных расстройств с аффективными составляет 30-75% [9, 168], при этом отечественными авторами неоднократно указывалось на связь депрессивного и тревожных синдромов, когда присоединение аффективных расстройств к тревожной симптоматике рассматривается как закономерная динамика ТР [21, 42].

На родство тревоги и депрессии указывают многие отечественные авторы [9, 11, 12, 22, 21]. В своих работах В.Н. Краснов [22, 21] приводит

схему трансформации тревожного аффекта в депрессивный. Автор выделяет следующие этапы этой трансформации: превращение конкретных тревожных опасений в свободноплавающую тревогу, где объекты тревоги множественны и выбираются случайно, и далее в беспредметную тревогу, не имеющую объектного выражения и сходную феноменологически и патогенетически с витальным депрессивным аффектом. Автор так же указывает на единство тревожного и депрессивного типов аффекта, подчеркивая, что тревожный аффект находится в подчиненном положении по отношению к депрессивному. Аргументами в пользу этой точки зрения служат частота присоединения депрессивной симптоматики к тревожной при тревожных расстройствах, эффективность антидепрессантов в терапии тревожных расстройств и генетическое родство этих состояний.

Несмотря на доминирование международных классификаций, продолжают попытки описания особенностей протекания психических расстройств с учетом национальных, культуральных различий. Неоднократно обсуждались особенности эпидемиологии, протекания психических расстройств на территории России [21, 25, 34, 28], предпринимались попытки описания особенностей симптомокомплексов, характерных именно для российской популяции. С учетом этих особенностей Р.Д. Тукаевым с соавторами [42] предложена фазная структура развития тревожных расстройств с приступами паники. Первая фаза расстройства характеризуется формированием тревожных пароксизмов под воздействием стрессовых (психической, интоксикационной природы) факторов. На этом этапе симптоматика практически исчерпывается вегетативными проявлениями, психический компонент тревоги выражен незначительно, наличие болезненного расстройства не осознается пациентом. Вторая фаза характеризуется возникновением развернутых приступов паники (авторы упоминают, что первая фаза может отсутствовать и тогда заболевание начинается сразу со второй фазы). Приступы паники сами по себе оказывают

травматическое воздействие, в ситуации приступа паники больной переживает выходящие за порог обыденности ощущения – умирания, «схождения с ума», потери контроля. В третьей фазе формируется избегающее поведение, с помощью которого пациент старается снизить количество приступов паники. Четвертая фаза характеризуется присоединением депрессивных расстройств.

Данное представление о формировании и течении тревожных расстройств с приступами паники позволяет, помимо более детального понимания, выделять мишени для психотерапии и определять методы воздействия на том или ином этапе течения заболевания.

## **1.2 Терапия тревожных расстройств**

Разработаны и описаны многочисленные алгоритмы лечения, использующие антидепрессанты, транквилизаторы, нейролептики [22, 28, 34, 64, 117], психотерапевтические методики [43, 44, 106, 118, 150, 159] или их сочетание с психофармакотерапией [65, 86, 144]. В большинстве своем, эти алгоритмы показывают свою эффективность при лечении тревожных расстройств, отличающуюся от эффекта плацебо, контрольных методик или сравнимую с существующими методами. Тем не менее, остаются актуальными вопросы результативности, экономической обоснованности [93, 112], приверженности терапии [145, 144, 100]. Так, например, частота рецидивов тревожных расстройств после курса психофармакотерапии составляла от 38% до 65% [76, 91, 137, 148]. Все это заставляет постоянно искать новые методы лечения тревожных расстройств, комбинации этих методов и новые подходы к применению их в медицинской практике. Ниже

рассмотрены основные существующие подходы к лечению тревожных расстройств.

### **1.2.1 Психотерапия тревожных расстройств**

В большинстве современных отечественных и части зарубежных руководств первое место в терапии тревожных расстройств отводится психотерапии [21, 34, 28]. Имеется большой список зарубежных доказательных исследований эффективности психотерапии тревожных расстройств [61, 101, 100, 145, 117, 135, 156, 158]. В качестве золотого стандарта в этих обзорах и руководствах для лечения панического расстройства и генерализованного тревожного расстройства предлагается использовать транквилизаторы, трициклические антидепрессанты, ингибиторы МАО, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, малые нейролептики.

В Национальном руководстве по психиатрии для лечения панического расстройства с агорафобией рекомендовано применение – флуоксетина, флувоксамина, имипрамина в сочетании с бензодиазепиновыми транквилизаторами и снотворными средствами, кломипрамина, amitriptилина. В качестве основных препаратов для лечения генерализованного тревожного расстройства указываются анксиолитики, так же рекомендовано применение СИОЗС, пропранолола, малых нейролептиков.

Эффективность психотерапии тревожных расстройств в целом оценивается как достаточно высокая, как для ГТР, так и для ПР [145, 144, 61], процент ответивших на терапию по данным различных исследований оценивается как 17% – 80% для ПР и 44% – 81% для ГТР [62, 64, 63, 98, 99, 133]. Тем не менее, выделены следующие ограничения ПФТ: 1) наличие

рецидивов, 2) побочные эффекты ПФТ, 3) реакция отмены антидепрессантов [137, 148, 76]. Для панического расстройства частота рецидивов составляет от 50 до 58% [137, 148, 76] и 45% – для генерализованного тревожного расстройства [76]. Среди побочных эффектов особенно часто упоминаются побочные эффекты со стороны ЖКТ, сексуальные расстройства, головные боли. Сохраняет свою актуальность наличие синдрома отмены при применении антидепрессантов, что затрудняет процесс завершения лечения и увеличивает риск рецидива после окончания терапии [87, 60, 149].

## **1.2.2 Психотерапия тревожных расстройств**

Сама история клинической психотерапии тесно связана с развитием психотерапии тревожных расстройств. Выделение тревожного невроза осуществлено еще З. Фрейдом и им же показаны возможности аналитического подхода к терапии данного невроза [47]. Тем не менее, развитие психодинамического направления не привело к «прорыву» в терапии тревожных расстройств.

### ***1.2.2.1 Психотерапия тревожных расстройств в России***

Отечественная история психотерапии тревожных расстройств определялась: 1) развитием диагностического категориального понимания расстройств невротического спектра; 2) развитием отечественных школ психотерапии. Психотерапевтическое осмысление тревожных расстройств в отечественной психотерапии осуществлялось преимущественно в рамках трех основных неврозов (обсессивно-фобического, неврастении, истерии), преимущественно, в области неврастении, обогащённой синдромами тревоги и фобического невроза, реже истерического [2, 17, 21, 46].

А.М. Свядощ в своей монографии особо выделяет невроз страха [32]. Основным симптомом этого расстройства автор считает чувство



немотивированной тревоги, которое возникает, как правило, внезапно и длится в течение недель или месяцев. Кроме того, состояние может дополняться внезапными эпизодами усиления тревоги, страха, ужаса, сопровождающимися страхом смерти, трудностями концентрации внимания, возбудимостью, неприятными ощущениями в области сердца и эпигастрии, сердцебиением, одышкой, сухостью во рту. В качестве причины возникновения невроза страха указывается психическое потрясение или длительно действующие психотравмирующие факторы на фоне наследственной предрасположенности, интоксикации, инфекционного процесса. Следует отметить, что трактовка Свядошем невроза страха укладывается в рамки современного понимания тревожных расстройств, в частности панического и генерализованного тревожного расстройства. Для лечения невроза страха предлагается использовать лечение убеждением, внушением в состоянии гипноза или наркотического сна, каузальную психотерапию, аутогенную тренировку, прогрессивную мышечную релаксацию по Джекобсону.

В психотерапии тревожных расстройств советского периода можно достаточно условно выделить несколько подходов, включая суггестивный, этио-патогенетический, эмоционально стрессовый [17, 26, 29].

В суггестивной психотерапии, гипнотерапии, аутогенной тренировке психотерапевтическая работа с тревогой базировалась на прямой суггестивной седации [33]. А.П. Слободяник приводит следующие задачи психотерапии невротических фобий: 1) перестройка патологических черт характера; 2) проведение конкретных мероприятий по улучшению условий жизни больного; 3) лечение сопутствующих соматических проявлений. Реализация этих задач происходила с помощью внушения в состоянии бодрствования и гипноза, коллективной психотерапии, аутогенной тренировки.

В школе патогенетической – лично-ориентированной психотерапии главенствовала идея психотерапевтической перестройки значимых отношений личности, реализующаяся в индивидуальном, групповом форматах, таргетированная на купирование, копинге имеющейся, в том числе, тревожной симптоматики и синдромологии [17, 26].

В различных формах эмоционально-стрессовой психотерапии в индивидуальном и групповых форматах психотерапевтическое воздействие трактовалось как основанное на включении многоуровневых механизмов эмоционального саногенного стресса [29, 30]. А.С. Слущкий разработал подход к психотерапии тревожных расстройств, основанный на концепции эмоционально-стрессовой терапии [29]. Согласно этому подходу психотерапия ТР может быть разделена на 3 этапа: 1) адаптационный – смягчения отрицательных эмоциональных переживаний; 2) стабилизация состояния – самостоятельное эмоционально-стрессовое преодоление болезненных расстройств и выработка представления о характере болезненного расстройства; 3) закрепление результатов – подготовка больного к адекватному восприятию различных аспектов жизни. Для реализации этих этапов автор предлагает следующие приемы: 1) проведение сеансов гипноза с погружением в ситуацию, вызывающую тревогу; 2) разъяснение и разубеждение пациентов, для которых характерны опасения за свое здоровье; 3) функциональные тренировки со ступенчатым приближением к ситуации/объекту, вызывающему страх; 4) аутотренинг.

В терапии творческим самовыражением А.М. Бурно психотерапевтическая работа при расстройствах психастенического спектра, включая тревожные, строится на: творческом принятии пациентом собственной клинической природы, развитии творческого потенциала личности, творческом копинге клинической синдромологии, жизненных обстоятельств [4, 5, 6, 7].

Большой интерес к исследованию пароксизмальных тревожных расстройств в этот период проявляли неврологи. Н.И. Геращенко рассматривал пароксизмы в рамках диэнцефальных или гипоталамических кризов, А.М. Вейн связывал возникновение приступов с нарушением височно-лимбических, стволово-ретикулярных структур [1, 10]. Подобная трактовка пароксизмальных расстройств серьезно ограничивала возможность их психотерапевтической коррекции. Позднее, М.Г. Айрапетянц и А.М. Вейн в своих исследованиях выделяли вегетативно-сосудистые кризы при истерическом и обсессивно-фобическом неврозах, разделяя их на симпатoadреналовые и вагоинсулярные [1]. В 90-е годы взгляды А.М.Вейна на вегетативные расстройства радикально меняются, автор начинает рассматривать их в рамках панического расстройства. На этом этапе развития своих представлений Вейн указывает на высокую эффективность психотерапии, в частности, гипнотерапии при пароксизмальных тревожных расстройствах [10].

### ***1.2.2.2 Психотерапия тревожных расстройств в современной западной психиатрии***

В настоящее время в мировой практике психотерапия признается неотъемлемой частью лечения тревожных расстройств. В современных руководствах постулируется необходимость психотерапевтической помощи, как при паническом расстройстве, так и при генерализованном тревожном расстройстве, отмечается эквивалентная эффективность психотерапии и психофармакотерапии [28, 54, 123]. По мнению большинства авторов терапией выбора при тревожных расстройствах является когнитивно-поведенческая терапия [97, 106, 118, 150]. Кроме того, признаются эффективными поведенческие методики – терапия подверганием и терапия предотвращения тревожного ответа [69, 136]. Многими авторами признается

эффективность использования гипнотических, медитативных, релаксационных техник при лечении тревожных расстройств [151, 175, 131, 43, 44], включая методики на основе полноты осознания (mindfulness) [175,131,117,151].

Ряд исследователей указывает на эквивалентную эффективность психотерапии и комбинации психотерапии с психофармакотерапией при паническом расстройстве [106, 178, 100, 144], генерализованном тревожном расстройстве [64, 145] и тревожных расстройствах в целом [69, 153, 162]. В ряде метаобзоров была показана большая эффективность психотерапии по сравнению с фармакотерапией при ПР и ГТР [144, 162, 145, 100]. Делается вывод о том, что эффект психотерапии является более продолжительным по сравнению с терапией антидепрессантами и комбинированной терапией [153, 115, 65, 136, 144], авторы указывают на высокую частоту рецидивов при отмене психофармакотерапии, в том числе при комбинированном лечении.

Так, в обзоре Furukawa с соавторами было проанализировано 23 исследования, в которых проводилось прямое сравнение психотерапии, психофармакотерапии и комбинации этих методов при паническом расстройстве с агорафобией или без нее. Авторы приходят к выводу о том, что как монопсихотерапия, так и психотерапия в сочетании с антидепрессантами являются методами выбора при этих состояниях. В то же время авторы указывают на то, что при применении антидепрессантов процент выбывших в исследованиях был выше из-за побочных эффектов [100]. Сравнение эффективности психотерапии и психофармакотерапии проводилось в метаанализе, Roshanaei-Moghaddam с соавторами [162]. В метаанализ были включены данные 21 исследования терапии депрессии и 21 исследования терапии тревожных расстройств. Авторы приходят к выводу о статистически значимом превосходстве психотерапии при паническом расстройстве, статистически не значимом превосходстве психотерапии при лечении обсессивно-компульсивного расстройства и тревожных расстройств

в целом и об отсутствии различий в эффективности психотерапии и психофармакотерапии при лечении депрессии. В обзоре Mitte проводилось сравнение эффективности психотерапии и психофармакотерапии при паническом расстройстве с агорафобией или без нее на основании результатов исследований в которых проводилось как прямое сравнение этих подходов, так и оценка результатов исследования эффективности этих подходов по отдельности. В метаанализ были включены данные 124 исследований. В обзоре было показано превосходство психотерапии по сравнению с фармакотерапией и превосходство комбинированного лечение по сравнению с монопсихотерапией. Долговременный эффект был ниже при использовании комбинированного подхода. Автор объясняет этот эффект негативным воздействием психофармакотерапии на процессы обучения, определяющие эффективность психотерапии [144]. Тем же автором был проведен метаанализ эффективности психотерапии по сравнению с фармакотерапией при лечении генерализованного тревожного расстройства. В результате была показана равная эффективность обоих подходов [145].

### ***1.2.2.3 Когнитивно-поведенческая терапия тревожных расстройств***

Новая, весомая страница в психотерапии тревожных расстройств начинается с применения когнитивного психотерапевтического подхода [67]. На данный момент наибольшей доказательной базой по эффективности психотерапии тревожных расстройств обладает когнитивно-поведенческая терапия [28, 106, 150, 64, 77]. Когнитивно-поведенческая терапия представляет собой четко структурированную методику и основывается, прежде всего, на том, что причины психических расстройств лежат на уровне когниций [67]. Методика первоначально разработана для лечения депрессивных расстройств, но в настоящее время применяется так же и при

паническом расстройстве [150, 144] и при генерализованном тревожном расстройстве [150, 64]. По данным многочисленных исследований и метаанализов эффективность когнитивно-поведенческой терапии сравнима [144, 100] или превосходит [65, 145, 162] эффективность психофармакотерапии.

Несмотря на доказанную эффективность когнитивно-поведенческой терапии при тревожных расстройствах, не прекращаются разработки новых методов психотерапии в этой области, что обусловлено рядом причин:

1) недостаточной эффективностью: при паническом расстройстве ответ на терапию (при самых разных определениях такового) составляет 35 – 72% [118, 65, 150] и 35% - 75% для генерализованного тревожного расстройства [58, 64].

2) низким размером эффекта в исследованиях эффективности когнитивно-поведенческой терапии, то есть получаемые данные достоверны, но значимость наблюдаемых изменений вызывает вопросы [143, 90];

3) существующей потребностью в разработке более краткосрочных методик [154];

#### ***1.2.2.4 Психотерапия на основе полноты осознания***

В последние годы активизировалось направление когнитивной психотерапии в основе которого лежит категория полноты осознания [180, 161, 142, 170, 121]. Сгруппированные по этому признаку методики относят к третьей волне когнитивной психотерапии [152, 169, 122]. Полнота осознания в современной психотерапии определяется как: 1) безоценочное, дистанцированное текущее восприятие мыслей, ощущений, событий [14, 120]; 2) необходимое условие восстановления, улучшения психического

здоровья при расширяющемся во времени спектре психических расстройств. В попытке разделить это понятие на составляющие Ваг с соавторами выделили следующие характеристики полноты осознания: 1) способность не вовлекаться в собственные эмоции, ощущения, мысли; 2) наблюдение, осознание, внимание по отношению к собственным мыслям, эмоциям, ощущениям; 3) внимание к деятельности, концентрация; 4) описание, называние происходящего; 5) восприятие происходящего без оценки [59].

В рамках третьей волны когнитивной терапии существует несколько методик, применяемых для лечения тревожных расстройств.

Для лечения ГТР в рамках этого направления разработана метакогнитивная терапия (Metacognitive therapy) [180]. В основе этой методики лежит метакогнитивная теория тревоги [180], базирующаяся на том, что люди (как здоровые, так и страдающие ГТР) в основном положительно относятся к тревоге, считая ее способом борьбы с опасностью. Кроме того, авторы описывают наличие двух уровней тревожных мыслей: 1) тревога по поводу внешних событий; 2) тревога по поводу тревоги или метатревога. При ГТР соотношение между двумя уровнями тревоги смещается в сторону метатревоги и формируются представления о невозможности контролировать тревогу и об опасности, которую тревога представляет для психического и физического здоровья, а также социального функционирования. Таким образом, у пациента, страдающего ГТР, присутствуют противоположные по знаку представления о значении тревоги, что приводит к колебаниям между стремлением к тревоге и ее избеганием. В результате пациент оказывается в состоянии хронического дистресса и испытывает постоянную тревогу. Соответственно, цели психотерапевтической работы в данной методике определяются как изменение представлений о неподконтрольности тревоги, о повреждающем эффекте тревожных мыслей, а также представлений о положительном значении тревоги, поддерживающих излишнее доверие к тревоге, как к

варианту копинга [179, 180]. Для достижения этих целей активно используются методики полноты осознания.

Кроме того, среди методов третьей волны представлены модальности, основанные на теории Версовес, рассматривающей тревогу как способ избегания негативных эмоций на когнитивном уровне [72]. На основании этой теории разработаны: 1) Поведенческая терапия, основанная на принятии (Acceptance-based behavioral therapy) [161], в основе которой лежит обучение безоценочному, дистанцированному восприятию внутреннего и внешнего опыта с фокусом на мыслях и ощущениях, касающихся тревоги: важное место занимает стимуляция стремления к позитивным ценностям индивида; 2) Терапия эмоционального регулирования (Emotion regulation therapy) [142], которая включает традиционные элементы КПТ, принципы полноты осознания, работу с нарушением эмоционального регулирования и избеганием негативных эмоций.

Для лечения тревожных расстройств так же используются когнитивная терапия, основанная на медитации полноты осознания (Mindfulness-based cognitive therapy) [170, 128] и методика снижения стресса с помощью медитации полноты осознания [121, 175]. Обе методики подразумевают применение формальной медитации полноты осознания и используют следующие принципы: 1) безоценочное восприятие, способность воспринимать события своей жизни словно бы глазами постороннего свидетеля происходящего; 2) терпение, позволяющее реагировать в подходящий момент; 3) чистоту восприятия, позволяющую воспринимать происходящее как в первый раз; 4) веру в собственную интуицию и компетентность, а также уверенность в себе; 5) «нестремление», отсутствие других целей, кроме собственно медитации; 6) принятие вещей такими, какие они есть в настоящий момент; 7) отсутствие ограничений в отношении собственных мыслей, наблюдение за их появлением и исчезновением.



Вопросы лечения генерализованного тревожного расстройства в рамках третьей волны когнитивной терапии представлены особенно широко, что можно объяснить минимальной, по сравнению с другими тревожными расстройствами, эффективностью когнитивно-поведенческой терапии при этом расстройстве [90]. В то же время методики, направленной на терапию панического расстройства в рамках этого подхода, до сих пор не представлено.

Методики психотерапии на основе полноты осознания показали эффективность, сравнимую с когнитивно-поведенческой терапией или другой показавшей свою эффективность методикой, при лечении аффективных [170, 152] и тревожных расстройств [175, 152]. В то же время в части исследований были получены данные, свидетельствующие о более высокой эффективности подходов третьей волны при тревожных расстройствах в целом [131] и, в частности, при генерализованном тревожном расстройстве [174, 179].

#### ***1.2.2.5 Гипнотерапия при тревожных расстройствах***

Когнитивная гипнотерапия для лечения тревожных расстройств и симптомов тревоги используется в настоящее время в комбинации с когнитивным подходом, как в качестве дополнения к когнитивно-поведенческой терапии [130, 113, 139, 13], так и в формате самостоятельных методик [134, 105, 56, 130, 55, 43, 44, 139]. Когнитивная гипнотерапия признается эмпирически обоснованным методом психотерапии [134]. Среди представленных на западе в настоящее время, основными гипнотерапевтическими методиками для лечения тревожных расстройств, являются Когнитивная гипнотерапия, описанная W. Golden [105, 104, 103] и Когнитивно-поведенческая гипнотерапия A. Alladin [55, 56, 57]. Для обеих

методик разработаны как подробные теоретические аспекты лечения тревожных расстройств, так и конкретные терапевтические рекомендации.

Когнитивная гипнотерапия была разработана и описана W. Golden в конце 80-х годов и применялась для лечения панического расстройства, генерализованного тревожного расстройства, социальной фобии, специфических фобий [105]. Терапевтический подход включает методику наведения гипнотического состояния, использование самогипноза, десенситизацию в состоянии гипноза, выстраивание иерархической структуры тревожных симптомов, когнитивное реструктурирование и десенситизацию в условиях реальной жизни. Десенситизация проводится в 5 этапов: 1) выявления тревожных симптомов и построение их иерархии; 2) использование релаксационных техник в гипнозе; 3) построение гипнотических внушений; 4) постепенное предъявление тревожной ситуации с использованием образов и внушений в состоянии гипноза; 5) нахождение в тревожной ситуации в реальной жизни.

Когнитивно-поведенческая гипнотерапия была разработана А. Alladin в конце 80-х и первоначально применялась для лечения депрессии [57]. Методика базируется на когнитивно-поведенческом подходе с активным применением гипноза. Для данного подхода описан подробный алгоритм лечения и применяемые психотерапевтические техники. Психотерапевтический подход к лечению тревожных расстройств основан на концепции поврежденной самости (wounded self) В.Е. Wolfe и концепции негативного самогипноза [56]. Концепция поврежденной самости рассматривается как этиологический фактор в развитии тревожных расстройств. Данная теория подразумевает наличие в личном опыте индивидуума некоего травмирующего события, связанного с переживанием тревоги в значимой для пациента ситуации. Последующая тревога интерпретируется как страх возникновения подобного «непереносимого для личности», однажды испытанного в определенной ситуации, переживания.

При этом на сознательном уровне человек испытывает ощущение надвигающейся угрозы, страх возникновения симптомов тревоги, в то время как на уровне подсознания он боится снова испытать травматическое для личности переживание. Феномен негативного самогипноза описывается автором как фиксация на вторичных, согласно данной концепции, симптомах тревожного расстройства с постоянным обдумыванием возможных негативных эффектов. Автор отмечает сходство феномена негативного самогипноза с феноменом руминаций. В качестве примера приводится фиксация пациентов с паническим расстройством на симптомах панической атаки и ожидание их возникновения, вместо размышлений об истинном значении приступа паники. Подобная фиксация на вторичных проявлениях приводит к замыканию тревожного цикла, когда чем больше пациент думает о симптомах тревоги, тем сильнее они становятся. Терапия в рамках этого подхода состоит из когнитивно-поведенческой части и гипнотерапии. Гипнотерапевтический подход основан на следующих интервенциях: 1) внушение расслабления; 2) демонстрация превосходства психики по сравнению с телесными проявлениями; 3) укрепление личностной позиции; 4) расширение фокуса внимания; 5) управление симптомами; 6) самогипноз; 7) постгипнотические внушения.

Гипнотерапия при тревожных расстройствах показала эффективность сравнимую или превосходящую эффективность когнитивно-поведенческой терапии [130,113, 139, 104]. Тем не менее, авторы обзоров указывают на необходимость проведения дополнительных исследований эффективности гипнотерапии при тревожных расстройствах.

В российской традиции гипнотерапия при тревожных расстройствах представлена методикой Когнитивно-ориентированной психотерапии тревожных расстройств Р.Д. Тукаева (КОПТ) [43, 44, 36]. Полее подробно данный подход будет описан в главе 2.

### **1.2.3 Вопросы психофармакорезистентности в терапии тревожных расстройств**

Последние годы все чаще ставится вопрос о резистентности тревожных расстройств к психофармакотерапии. Считается, что фармакологические средства, рекомендованные для лечения ПР и ГТР имеют невысокий уровень ответа на терапию и недостаточную способность вызывать ремиссию [63, 98, 99, 133, 155]. Так, для СИОЗС процент ответивших на лечение в исследованиях продолжительностью 8-12 недель составлял 17-61% для ПР, для ГТР процент респондеров составляет около 50% [63, 98, 99, 133]. При этом доля пациентов, достигающих ремиссии на фоне психофармакотерапии, составляет 40-60% [99, 155].

Понятие резистентности к фармакотерапии при тревожных расстройствах рассматривается зарубежными авторами по-разному. Ряд авторов определяет резистентность как отсутствие ответа на лечение [133, 155]. Ответ на лечение при этом определяется как редукция показателей используемой шкалы оценки состояния на 50% в течении 8-12 недель антидепрессивной терапии или выход за пределы значений используемой шкалы, определяемых как болезненное расстройство [118]. Резистентность так же рассматривается как отсутствие ремиссии на протяжении 6 месяцев адекватной психофармакотерапии (в том числе при наличии ответа на терапию) [78, 84, 99]. Понятие ремиссии в этом случае является сложносоставным и включает степень редукции основных и дополнительных симптомов тревожных расстройств, уровень социального функционирования и качества жизни.

Для преодоления резистентности предлагаются различные способы аугментации: 1) добавление в схему лечения еще одного антидепрессанта; 2) аугментация с помощью нейролептиков; 3) психотерапия. Эти подходы применяются в рутинной практике, но остаются малообоснованными [99,

133, 155, 160]. Так, Patterson с соавторами в обзоре 2016 года посвященном стратегиям аугментации при резистентных тревожных расстройствах (генерализованное тревожное расстройство, паническое расстройство, социофобия, агорофобия), указывает на малое количество качественных исследований и отсутствие различий между использованием дополнительных психотропных средств и плацебо [155]. Rodrigues с соавторами в обзоре 2010 года указывает на эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии при психофармакорезистентных тревожных расстройствах, однако, ссылается на недостаточное качество данных рассматриваемых исследований [160]. Таким образом, вопросы психофармакорезистентности при тревожных расстройствах и возможных способах ее преодоления остаются высоко актуальными для современной психиатрии.

### **1.3 Вопросы экспериментальных дизайнов в исследовании эффективности психотерапии расстройств невротического спектра**

В последние годы психотерапия при тревожных расстройствах получает все большее подкрепление эмпирическими данными. В Таблице 1.1 представлены данные анализа количества публикаций в области психофармакотерапии и психотерапии для лечения психических расстройств в целом и тревожных расстройств в частности. Анализ проводился с помощью электронной базы данных PubMed. По данным таблицы видно, что в то время как в психиатрии в целом соотношение количества публикаций, посвященных ПФТ и ПТ остается неизменным, в области тревожных расстройств это соотношение с каждым годом меняется в сторону преобладания ПТ.

Несмотря на нарастающее количество исследований и публикаций в сфере психотерапии психических расстройств и тревожных расстройств в частности, многие вопросы организации подобных исследований до сих пор не решены.

Таблица 1.1 Публикационная активность в области психофармакотерапии и психотерапии

Годы	1990-1995		1995-2000		2000-2005		2005-2010		2010-2015*	
	ПФТ	ПТ	ПФТ	ПТ	ПФТ	ПТ	ПФТ	ПТ	ПФТ	ПТ
Количество систематических обзоров/ метаобзоров в области лечения тревожных расстройств	25	15	50	39	98	87	201	212	155	221

*\*Меньшее количество статей за данный период может быть связано с задержкой публикации информации о статьях в базе данных PubMed*

В современной медицине доминирующим подходом в оценке эффективности терапии являются принципы доказательной медицина. В основе доказательного подхода лежат 3 базовые концепции: 1) использование двойного слепого рандомизированного дизайна с контролем плацебо (РКИ); 2) предпочтение дихотомических клинических исходов при оценке эффективности; 3) использование метаанализов для суммарного рассмотрения данных ряда исследований. Применительно к оценке эффективности психотерапии невротических и, в частности, тревожных расстройств применение этих принципов в форме, разработанной для исследований фармакологических средств представляется затруднительным.

В литературе описывается ряд ограничений РКИ применительно к исследованиям в области психотерапии [37, 39]:

1. Принцип «ослепления», являющийся неотъемлемой частью методологии РКИ, практически не применим в исследованиях психотерапии. Трудности «ослепления» связаны с тем, что большая часть пациентов обращающихся за психотерапевтической помощью достаточно осведомлены в вопросах ее оказания, чтобы отличить один метод воздействия от другого и уж тем более от «пустышки», само нахождение и определение которой в случае психотерапии крайне затруднительно.

2. Рандомизация пациентов является крайне трудоемкой и практически не осуществимой. Возникают трудности выбывания пациентов в контрольной группе, в большинстве своем не желающих участвовать в исследовании при попадании в группу контроля.

3. Опора на оценку дихотомических исходов затруднительна (за исключением оценки эффективности психотерапии при аддикциях и суицидальном поведении).

Критика РКИ в последние годы разворачивается не только в области оценки эффективности психотерапии, но и в области оценки фармакотерапевтического воздействия. Работы Kirsch I. с соавторами [129] и Melander H. с соавторами [141], в которых было показано отсутствие различий в эффективности антидепрессантов и плацебо (и даже превосходстве плацебо в некоторых исследованиях) на основании статистической обработки данных исследований, направленных в FDA, вызвали широкий общественный резонанс в медицинских кругах, попытки опровергнуть или подтвердить полученные ими данные [73, 127, 138]. Учитывая то, что антидепрессанты все же показали свою эффективность в клинической практике и всерьез говорить о том, что эффект плацебо превосходит эффект антидепрессантов представляется ошибочным. Данные

исследования вызывают сомнения относительно правильности применяемых экспериментальных моделей.

Еще одним ограничением доказательного подхода, актуальным как в исследованиях психотерапии, так и в отношении психофармакотерапии, является низкая внешняя валидность таких исследований при высокой внутренней. Под внешней валидностью подразумевается переносимость результатов эксперимента на общую популяцию [166]. Таким образом, при конструировании дизайна эксперимента необходимо соблюдать разумный баланс между внешней и внутренней валидностью, который по мнению ряда западных исследователей [166, 110, 146] сдвинут в РКИ в сторону излишнего контроля переменных.

Приложения результатов РКИ к решению практических задач так же ограничено методами измерения ответа на терапию. Показателем достоверности изменений до недавних пор являлась только статистическая значимость отличий, что не позволяло сделать выводов об объеме происходящих изменений.

Как реакция на ограничения РКИ в отечественной школе психотерапии был разработан натуралистический подход, подразумевающий наблюдение различий между группами в естественных условиях и опирающийся на методологию анализа случаев [48, 49, 50].

В западной психиатрии для устранения описанных ограничений был предложен ряд способов. С одной стороны, разными исследователями были предложены критерии для дихотомической оценки результатов. Такими критериями могут служить: смерть, случаи повторной госпитализации, достижение полной ремиссии, оценки типа «улучшение» или «значительное улучшение» или имеющаяся, по крайней мере, 50% редукция балла оценочной шкалы [109]. N.S.Jacobson предлагает выделять следующие исходы: выздоровление, улучшение состояния, отсутствие эффекта,



основываясь при этом на предложенной им статистической методике оценки количественных данных [119]. С другой стороны, для оценки объема изменений предлагается использовать количественную оценку. В 80-е годы Коэном для оценки объема изменений был предложен критерий размера эффекта Cohen's  $d$  [85]. Размер эффекта позволяет не только оценить амплитуду изменений показателей в исследовании, но и сравнивать исследуемые в разных экспериментах методы терапии между собой, что активно применяется в практике метаанализов [100, 162, 144, 145].

В связи с поиском вариантов дихотомической оценки исхода лечения, в современной психиатрии активно используется концепция *recovery* (выздоровления), причем разные исследователи понимают эту концепцию по-разному [119, 157, 172]. Некоторыми исследователями *recovery* трактуется как: 1) процесс – стремление к некоему идеалу [157], 2) результат терапии, исход заболевания [172, 95, 164, 173, 176], 3) субъективная оценка улучшения, данная пациентом [66]. Для оценки выздоровления предложены различные критерии. Популярным является статистический подход, основанный на анализе средних и доверительных интервалов, предложенный Jacobson [119]. Выздоровление так же трактуется как полное отсутствие симптомов болезненного расстройства, в противоположность улучшению, когда симптомы присутствуют, но их недостаточно для постановки диагноза по существующей классификации [176]. И наконец, выздоровление может трактоваться как полное восстановления функционирования пациента на биологическом, социальном и психологическом уровнях [40, 172].

Последняя модель понимания выздоровления отражена в системных качественно-количественных критериях эффективности психотерапии [40, 42]. Критерии разработаны для оценки степени улучшения состояния при паническом расстройстве и включают следующие градации: 1) восстановление исходного функционирования организма и психики индивида; 2) стабильное неполное компенсаторное улучшение

функционирования и психики индивида; 3) нестабильное неполное, временное компенсаторное улучшение функционирования организма и психики индивида с последующим регрессивным ухудшением состояния; 4) отсутствие эффекта терапии. При этом полное восстановление состояния и исходная клиническая картина рассматриваются как качественно отличающиеся, остальные градации улучшения являются количественными критериями улучшения. Системная качественно-количественная шкала используется в ряде отечественных и зарубежных исследований эффективности психотерапии психических и соматических расстройств [20, 19, 27, 51].

Несмотря на вышеописанные ограничения РКИ, особенно актуальные в исследованиях эффективности психотерапии, применение этого дизайна стало традицией и большая часть исследований использует в качестве основы РКИ. В отношении исследований психотерапии, вероятно, так же играет роль факт «похожести» исследований, выполненных в традициях РКИ на исследования психофармакологических средств и иллюзия сравнимости таких исследований вследствие формального сходства методологии. Таким образом, большинство исследований эффективности психотерапии в настоящее время представляют собой (формально) рандомизированные контролируемые испытания, где в качестве контроля используется группа, получающая психофармакотерапевтическое воздействие или лечение с помощью методики, ранее доказавшей свою эффективность [68, 111, 159].

Вышеописанные проблемы привели к тому, что в последние годы исследователи все чаще отказываются от рандомизации пациентов в контрольную группу [71, 114] или используют нехарактерные для РКИ методы рандомизации [74, 114, 140, 177]. Основываясь на оценке этической стороны этого вопроса, Handley М.А. с соавторами объясняют это следующим образом: 1) имеется сложившееся мнение об эффективности исследуемого метода, что делает неэтичным распределение пациентов в

контрольную группу; 2) методика уже начинает активно применяться, вводится в рекомендации по клиническому применению; 3) распределение в контрольную группу неприемлемо для людей, которые могли бы составить контроль.

Для преодоления описанных ограничений применяется дизайн контроля листа ожидания с перекрестной оценкой [94, 147, 171]. Этот подход к проведению эксперимента позволяет избавиться сразу от ряда принципиальных проблем в исследованиях эффективности психотерапии: 1) рандомизации и последующего выпадения пациентов из группы контроля; 2) внешней валидности исследования; 3) «ослепления» контрольной группы; 4) набора испытуемых, как правило, не желающих принимать участие в исследовании, если есть вероятность попадания в группу контроля; 5) утери данных результата психотерапии в контрольной группе при отсутствии перекрестной оценки.

1.

## Глава 2. Материалы и методы исследования

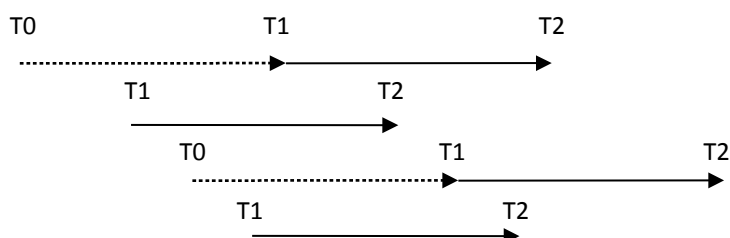
### 2.1 Экспериментальный дизайн исследования

Проблемы подбора экспериментальных дизайнов в исследованиях были рассмотрены нами ранее [45]. Для данного исследования был выбран вариант дизайна контроля листа ожидания с перекрестной оценкой.

Схема исследования представлена на рисунке 2.1. Пациенты распределялись в группу контроля листа ожидания и немедленного начала лечения поочередно. Пациентам, распределенным в группу контроля листа ожидания, сообщалось, что исследование подразумевает двукратное обследование до начала лечения, и предлагалось обратиться снова через 3 недели для повторного обследования и прохождения курса терапии. В большинстве случаев пациенты нормально реагировали на такие условия включения в исследование. Таким образом, оценка в этой группе проводилась за 3 недели до начала терапии, непосредственно перед началом лечения и после окончания курса психотерапии. В группе немедленного начала терапии оценка проводилась до начала исследования и после окончания лечения (см. рисунок 2.1).

Группа контроля листа ожидания в представленном варианте дизайна служила контрольной как для второй группы, так и для себя самой, так как пациенты продолжали участие в исследовании и проходили предлагаемый курс психотерапии.

Рисунок 2.1



## **2.2 Принципы и механизмы когнитивно-ориентированной психотерапии при лечении тревожных расстройств**

Когнитивно-ориентированная психотерапия тревожных расстройств включает 3 основных компонента: 1) психообразовательный; 2) когнитивно-каузально-ориентированный; 3) универсальную гипнотерапию (подробное описание методики представлено в приложении 3, описание клинических случаев с примерами применения методики – в приложении 2).

Психообразовательный компонент служит для коррекции существующих у больного на момент обращения представлений о причинах своего состояния и способов выздоровления (Модели Болезни и Терапии), как правило, являющихся дезадаптивными. Психообразовательный компонент при тревожных расстройствах содержит следующие части: 1) усвоение пациентом представления о тревоге, как о необходимой, эволюционно выработанной реакции мобилизации психики и организма; 2) формирование представления о закономерном развитии тревожного расстройства в силу социально-средовых, биологических факторов; 3) формирование представления о возможности купирования тревожного расстройства посредством разрешения имеющихся психогенных проблем, повышения адаптационных способностей организма и психики за счет рационализации образа жизни.

Когнитивно-каузально-ориентированный компонент основывается на представлении о том, что психотерапевтический процесс успешен в случае, если пациент обретает способность понимать и, на основе понимания, лучше контролировать свое состояние и поведение. Таким образом, данный компонент решает следующие задачи: 1) индивидуализация психообразовательного компонента; 2) нормализация переживания травматического опыта (при наличии); 3) стимулирование копинга

ситуационных пусковых компонентов тревоги; 4) стимулирование копинга ограничительного поведения и имеющихся фобий; 5) стимулирование формирования и поддержания здорового образа жизни и нормализации вегетативной регуляции; 6) стимулирование овладения пациентом самостоятельного навыка понимания и копинга возникающих в жизни проблемных ситуаций; 7) стимулирование формирования навыков позитивного мышления и мировосприятия.

Теоретическое обоснование методики КОПТ включает: интегративную теорию гипноза, модель системы психологической адаптации личности, модели нормального переживания и триггеров психического стресса, модель болезни и терапии и понятие стыковочного сценария психотерапии. Согласно интегративной теории гипноза, феномен гипноза основан на следующих принципах: 1) реализация гипногенной ситуации; 2) активация мозга; 3) перестройка в работе полушарий мозга, носящая регрессивный характер; 4) гипногенный эустресс в формате гипнотерапии, провоцирующий гипногенный реадаптационный процесс. Модель системы психологической адаптации личности (СПАЛ) подразумевает: 1) наличие радиальной структуры слоев-уровней иерархической организации адаптационных механизмов, образующих вокруг некоего личностного «ядра» условную сферу; 2) существование связей в пределах каждого уровня и между уровнями; 3) определяющее влияние «внешнего» уровня на функционирование СПАЛ, модулирующее, в том числе, влияние «низших» уровней. Модель нормального переживания определяет нормальное переживание как субъективное отделение, дистанцирование от произошедших и происходящих событий без когнитивных искажений их сути [1]. Модель болезни и терапии (МБТ) представляет собой исторически и культурально обоснованную систему верований и представлений о причинах, механизмах заболевания и возможных способах выздоровления. Стыковочный сценарий психотерапии представляет собой интеграцию МБТ

пациента и методологии КОПТ для облегчения дальнейшего взаимодействия специалиста с пациентом и выработки общих целей и задач.

КОПТ по своим теоретическим предпосылкам неразрывно связана с такими течениями в западной психотерапии, как когнитивно-поведенческая терапия, позитивная психология, терапия на основе полноты осознания (mindfulness). Связь с позитивной психологией определяется сходными представлениями о строении адаптационных механизмов личности, представленных в КОПТ системой психологической адаптации личности, а в позитивной психологии понятиями чувства целостности (sense of coherence), динамической устойчивости (resilience) и управления ресурсами (resourcefulness) [81, 83]. Связь с методиками на основе полноты осознания обусловлена сходством понятий модели нормального переживания в КОПТ и собственно полноты осознания, которые описывают общие принципы реагирования, необходимые для поддержания психического благополучия.

### **2.3 Характеристика контингента исследования**

В исследовании использовался клинический контингент больных тревожными расстройствами. Набор пациентов осуществлялся в Московском Научно-Исследовательском Институте Психиатрии из больных, обращавшихся за психотерапевтической помощью. В исследование включались пациенты, которым в результате скрининга были установлены следующие диагнозы: паническое расстройство- F41.0 или генерализованное тревожное расстройство – F41.1. Психотерапия и коррекция психофармакотерапии проводилась автором данного исследования. В качестве метода психотерапии использовалась методика когнитивно-ориентированной психотерапии тревожных расстройств, разработанная Р.Д.Тукаевым [36, 40]. Контингент исследования оценивался с помощью клинико-психопатологического метода, клинической системной оценки

психотерапии, психометрических методик. Подробнее характеристика групп, дизайна исследования и методов оценки представлена далее. В качестве контрольной группы использовалась группа листа ожидания, которая позднее также принимала участие в основной части исследования.

### **2.3.1 Общая характеристика контингента исследования**

В исследование включались пациенты в возрасте от 18 до 60 лет, которым по результатам скрининга были поставлены диагнозы паническое расстройство (ПР) и генерализованное тревожное расстройство (ГТР). Всего на предмет включение в исследование было обследовано 85 человек. В связи с несоответствием критериям включения и/или наличием критериев исключения 22 человека было отсеяно на этапе скрининга, 11 человек выбыло из исследования на этапе лечения. Таким образом, процент выбывших составил 17,5%.

В исследовании приняли участие 52 пациента – 35 женщин (средний возраст 31,7 лет) и 17 мужчин (средний возраст 31,4 лет). На этапе скрининга пациенты были рандомизированы в группы контроля листа ожидания (КЛЮ) – 25 человек, и первичную терапевтическую группу (ПТГ) – 27 человек. Клинически выборка состояла из 29 пациентов, страдающих ПР и 23 пациентов с диагнозом ГТР. Помимо деления по клиническому признаку, выборка разделялась по фактору психофармакорезистентности и по признаку степени улучшения состояния. Последнее разделение осуществлялось после завершения участия пациента в исследовании. Группа впервые проходящих терапию (ВПТ) состояла из 32 пациентов, в группе пациентов, резистентных к психофармакотерапии (РПФТ) количество больных составляло 20 человек. По окончании лечения 29 пациентов были распределены в группу значительного улучшения состояния (ЗУС), 18 – улучшения состояния (УС),



3 – незначительное улучшение состояния (НУС), 2 – отсутствие улучшения состояния (ОУС). В дальнейшем для статистической обработки данных группы УС и НУС были объединены в группу УС. Для поиска качественных различий между частичным и полным выздоровлением, предикторов эффективности психотерапии, пациенты, у которых улучшение отсутствовало были исключены из дальнейшего анализа (2 человека). Общая характеристика контингента и групп исследования представлена в таблице 2.1.

На момент включения в исследование в браке состояло 23 человека (в том числе 3 в повторном), 27 человек не состояло в браке, 2 находилось в разводе. Уровень образования контингента исследования: среднее – 1 человек, среднее специальное – 4 человека, учащиеся ВУЗов – 6 человек, высшее – 39 человек, ученая степень – 2 человека.

Таблица 2.1 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)

### 2.3.2 Характеристика групп КЛЮ и ПТГ

Группы КЛЮ и ПТГ были получены в результате рандомизации на этапе скрининга. В группу КЛЮ вошло 25 пациентов – 10 мужчин и 15 женщин. Схема распределения пациентов в исследовании представлена на Рисунке 2.2 (см. Приложение).

Характеристика групп КЛЮ и ПТГ представлена в Таблице 2.2. Ни по одному из рассматриваемых показателей статистически значимых различий обнаружено не было.

Данные сравнения психометрических показателей ключевых клинических шкал в группе КЛЮ и ПТГ представлены в Таблице 2.3. Статистически значимых различий между группами обнаружено не было, таким образом, рандомизацию следует признать успешной.

Таблица 2.2 Характеристика групп КЛЮ и ПТГ на момент включения в исследовании

Показатель	Общие данные n=52		Первичная терапевтическая группа n=27		Группа КЛЮ n=25	
	n	%	n	%	n	%
Пол (женщины)	35	67,3	20	74,1	15	60,0
Возраст (M, SD)	31,6	10,4	30,9	9	32,5	12,1
Образование						
высшее	41	78,8	20	74,1	21	84,0
учащийся	6	11,5	2	7,4	4	16,0
среднее специальное	4	7,7	4	14,8		
среднее	1	1,9	1	3,7		
Семейное положение						
состоит в браке	23	44,2	12	44,4	11	44,0
не состоит в браке	27	51,9	15	55,6	12	48,0
разведен(а)	2	3,8			2	8,0
Диагноз						
ПР	29	55,8	16	59,3	12	48,0
ГТР	23	44,2	11	40,7	13	52,0
Длительность	54,5	77,4	51,5	53,7	58,4	100,8

заболевания (M, SD)						
ПФТ	20	38,5	12	44,4	8	32,0

Таблица 2.3 Сравнение исходных показателей группы контроля листа ожидания и первичной терапевтической группы

Показатель	Группа КЛЮ	Первичная терапевтическая группа	Достоверность различий
SCL-90			
DEP	1,59	1,58	
ANX	1,75	1,75	
GSI	1,33	1,23	
Тест Спилбергера-Ханина			
PT	36,16	38,59	
ЛТ	53,72	54,63	
Шкала депрессий Бека (BDI)			
BDI	19,80	19,96	
Личностная шкала тревоги Тейлора			
	27,40	26,26	
Шкала самооценки тревоги Шихана (ShARS)			
	51,76	49,11	
Пятифакторный опросник полноты осознания (FFMQ-SF)			
Total-FFMQ	71,68	72,60	
Шкала внимательности и осознанности (MAAS)			
	3,87	3,97	

### 2.3.3 Характеристика групп панического расстройства и генерализованного тревожного расстройства

Разделение по группам ПР и ГТР осуществлялось на этапе скрининга. Для постановки диагноза использовались критерии МКБ-10 для панического расстройства и генерализованного тревожного расстройства. В исследование не включались пациенты, у которых в анамнезе обнаруживались эпизоды психических расстройств, соответствующие критериям других рубрик МКБ-10. В группу ПР вошло 29 пациентов – 10 мужчин (средний возраст 27,8 лет) и 19 женщин (28,4 года). Группа ГТР состояла из 23 пациентов – 7 мужчин (средний возраст 34,6 лет) и 16 женщин (35,5 лет).

Подробная клинико-психопатологическая характеристика групп ПР и ГТР дана в следующей главе.

### **2.3.4 Характеристика групп впервые проходящих терапию и резистентных к психофармакотерапии пациентов**

Группу ВПТ составили пациенты, ранее не получавшие лечения по поводу своего заболевания. В группу ВПТ вошло 32 пациента – 8 мужчин (средний возраст 29,5 лет) и 24 женщины (средний возраст 28 лет). В группу были включены пациенты, впервые обращающиеся за помощью к психиатру/психотерапевту. Большая часть испытуемых этой группы до визита к психиатру посещали специалистов неврологов, эндокринологов, кардиологов, терапевтов и др., и обращались за психотерапевтической помощью по их рекомендации.

В группу РПФТ вошло 20 пациентов – 9 мужчин (средний возраст 32,5 года) и 11 женщин (средний возраст 40,5 лет). Все пациенты на момент включения получали психофармакологическое лечение и наблюдались у психиатров, психотерапевтов, либо были недавно выписаны из стационаров психиатрического профиля. В качестве причины обращения за психотерапевтической помощью пациенты называли неэффективность психофармакотерапии, наличие побочных эффектов лекарственных препаратов. У всех пациентов этой группы, несмотря на проводимое лечение, имелись клинические признаки болезненного расстройства, достаточные для постановки диагноза. Средняя продолжительность приема психотропных средств составляла 37,6 (SD=24,17) месяцев, у всех больных было ранее проведено 2 и более курсов психофармакотерапии. Ни у одного из пациентов с ПР в этой группе (10 человек) не наблюдалось полной редукции приступов паники, а у половины приступы носили ежедневный характер. Таким образом, пациенты данной группы были квалифицированы как резистентные к психофармакотерапевтическому лечению.

### **2.3.5 Характеристика групп значительного улучшения состояния и улучшения состояния**

Разделение групп по признаку эффективности лечения осуществлялось после завершения участия пациента в исследовании. Для оценки клинической эффективности использовался системный качественно-количественный подход [40]. Первоначально пациенты были разделены на группы ЗУС, УС, НУС и ОУС, впоследствии, для анализа данных, группы УС и НУС были объединены в одну группу улучшения состояния вследствие малого количества наблюдений. Пациенты, у которых улучшение состояния отсутствовало, были исключены из дальнейшего анализа (2 человека). В группу ЗУС вошло 29 пациентов – 4 мужчин и 25 женщин (средний возраст 30 лет). Группу УС состояла из 21 человека – 12 мужчин (средний возраст 31,5 лет) и 9 женщин (средний возраст 37,5 лет).

## **2.4 Оценка эффективности психотерапии тревожных расстройств**

Клиническая оценка исходов терапии проводилась с помощью системных качественно-количественных критериев оценки эффективности психотерапии, разработанных Р.Д.Тукаевым [36, 40]. Для оценки улучшения состояния при ПР использовались критерии, приведенные в работе Р.Д.Тукаева с соавторами [42], которые были модифицированы для настоящего исследования. Для оценки результатов терапии при ГТР проводилась адаптация общих критериев оценки эффективности психотерапии [36, 40].

Для изучения клинической динамики были использованы исследовательские критерии МКБ-10 и критерии системной качественно-количественной оценки эффективности психотерапии (параметры: степень осознаваемого контроля текущего состояния, степень активности пациента в преодолении болезненных расстройств, степень независимости пациента от

психотерапевта и степень устойчивости психотерапевтического контакта) [24, 36, 40]. Для измерения степени выраженности показателей использовалась Лайкерт шкала с 5 градациями: 0 – отсутствие, 1 – выражен в слабой степени, 2 – выражен в умеренной степени, 3 – выражен в значительной степени, 4 – выражен в максимальной степени. Шкала заполнялась специалистом на основании жалоб пациента, клинической оценки его состояния. Оценка проводилась на момент скрининга, на 4, 7, 11, 15 сеансах и по завершении исследования. Критериальная оценка эффективности психотерапии подразумевает наблюдение пациента в течение нескольких сессий, поэтому определение параметров для этих шкал производилось на 4-м сеансе и при завершении психотерапии. Бланки опросников представлены в приложении, таблицы 2.1, 2.2

Для оценки степени улучшения используется качественно-количественная шкала с четырьмя градациями: 1) значительное улучшение состояния; 2) улучшение состояния; 3) незначительное улучшение состояния; 4) отсутствие улучшения состояния. При оценке используются основные и дополнительные критерии.

Обязательные критерии:

1. Клиническая динамика психического состояния
  - a. Степень редукции симптомов психического расстройства в рамках диагностических критериев ПР, либо ГТР по МКБ-10.
  - b. Степень редукции дополнительных симптомов, не входящих в диагностические критерии для ПР, либо ГТР по МКБ-10.
  - c. Выраженность копинга пациентом психического расстройства
  - d. Степень активности пациента в отношении преодоления болезненных расстройств.
  - e. Динамика зависимости пациента от психотерапевта и устойчивости психотерапевтического контакта.

2. Собственная оценка пациентом улучшения состояния в четырех предложенных градациях.

Дополнительные критерии:

1. Данные клинических опросников, соотнесенные с градациями степени улучшения состояния.

### **Градация «Значительное улучшение состояния»**

Обязательные критерии:

1. Клиническая динамика психического состояния  
а. Полная редукция симптомов психического расстройства, указанных в качестве диагностических критериев расстройства.

б. Полная редукция дополнительных симптомов, относимых в современных классификациях к другим рубрикам психических расстройств.

с. Понимание пациентом причин возникновения болезненных расстройств и необходимости изменения поведения и отношения к сложившимся обстоятельствам (за счет усвоения психообразовательного компонента психотерапии).

д. Высокая степень активности в отношении преодоления болезненных нарушений.

е. Снижение степени зависимости от психотерапевта с сохранением продуктивного психотерапевтического контакта в процессе психотерапии.

2. Пациент оценивает результат психотерапии как «значительное улучшение»

Дополнительные критерии:

1. Нормализация показателей клинических опросников.

### **Градация «Улучшение состояния»**

**Обязательные критерии:**

1. Клиническая динамика психического состояния
  - a. Значительная, реже полная, неустойчивая редукция симптомов расстройства, указанных в качестве диагностических критериев. Имеющихся симптомов не достаточно для постановки диагноза.
  - b. Значительная, реже полная, неустойчивая редукция симптомов, не входящих в диагностические критерии для ПР, либо ГТР по МКБ-10
  - c. Формальное, неполное понимание пациентом причин возникновения болезненных расстройств и необходимости изменения поведения и отношения к сложившимся обстоятельствам (за счет неполного усвоения психообразовательного компонента психотерапии).
  - d. Низкая степень активности в отношении преодоления болезненных нарушений.
  - e. Зависимость пациента от психотерапевта сохраняется, либо нарастает при устойчивом психотерапевтическом контакте.
2. Пациент оценивает результат терапии как «улучшение состояния», реже как «значительное улучшение состояния».

**Дополнительные критерии:**

1. Положительная динамика показателей клинических шкал, частичная их нормализация.

**Градация «Незначительное улучшение состояния»**

1. Клиническая динамика психического состояния



а. Частичная, неустойчивая редукция симптомов расстройства, указанных в качестве диагностических критериев. Имеющихся симптомов достаточно для постановки диагноза.

б. Частичная, неустойчивая редукция симптомов, не входящих в диагностические критерии для ПР, либо ГТР по МКБ-10

с. Формальное, неполное понимание пациентом причин возникновения болезненных расстройств и необходимости изменения поведения и отношения к сложившимся обстоятельствам (за счет неполного усвоения психообразовательного компонента психотерапии).

д. Низкая степень активности в отношении преодоления болезненных нарушений, либо отсутствие таковой.

е. Зависимость пациента от психотерапевта низкая, падает в процессе психотерапии. Психотерапевтический контакт неустойчив.

2. Пациент оценивает результат терапии как «незначительное улучшение состояния», реже как «улучшение состояния», либо «отсутствие улучшения».

Дополнительные критерии:

1. Частичное положительное улучшение показателей клинических шкал.

### **Градация «Отсутствие улучшения состояния»**

1. Клиническая динамика психического состояния

а. Отсутствие изменений клинической картины заболевания.

б. Формальное, неполное понимание пациентом причин возникновения болезненных расстройств и необходимости изменения поведения и отношения к сложившимся обстоятельствам (за счет неполного усвоения психообразовательного компонента психотерапии).

c. Пациент не проявляет активности в отношении преодоления болезненных нарушений.

d. Зависимость пациента от психотерапевта низкая, падает в процессе психотерапии. Психотерапевтический контакт неустойчив, терапия нередко прерывается пациентом.

2. Пациент оценивает результат терапии как «отсутствие улучшения».

Дополнительные критерии:

1. Отсутствие изменений в показателях клинических шкал.

В представленной шкале полное восстановления состояния (ЗУС) и отсутствие изменений в состоянии (ОУС) являются качественными показателями, в то время как остальные градации – количественными и отражают степень редукции симптоматики. Подобный подход к оценке исходов терапии позволяет разделять пациентов на две качественно различающиеся группы по критерию выздоровления – полное выздоровление и частичное улучшение, с дальнейшим изучением результатов терапии в этих группах. Тем самым обеспечивается отход от усредненных показателей результативности лечения, искажающих истинную картину оценки терапии.

Пациенты описывали значительное улучшение состояния как полную редукцию симптоматики, улучшение функционирования на профессиональном, социальном уровнях. Общим для группы значительного улучшения состояние было комплексное понимание причин возникновения имеющихся расстройств как сочетания процессов научения, воспитания, личностных особенностей и накопления стрессовых факторов вследствие дезадаптивного поведения. Осознание приведших к их состоянию факторов сопровождалось в этой группе целенаправленной активностью в отношении их преодоления. При этом преодоление в большинстве случаев происходило на когнитивно-эмоциональном уровне (изменение отношения к каким-либо

событиям, ситуациям), изменение конкретных жизненных обстоятельств (смена работы, переход к самостоятельной жизни) происходили в катамнестическом периоде. Наблюдалась высокая активность в отношении нормализации образа жизни – нормализация режима сон-бодрствование, физической активности, отношения к режиму работы и отдыха. Высокая мотивация и активность пациентов в отношении выздоровления характеризовалась и тем, что большинство пациентов группы ЗУС без дополнительных терапевтических мероприятий отказывались от курения соблюдали режим отказа от алкоголя на период лечения. Испытуемые этой группы по завершению лечения говорили о том, что их жизнь стала более понятной. Общим для пациентов со значительным улучшением состояния было понимание того, что они могут контролировать происходящие в жизни события, ощущение того, что они тем или иным способом справятся с предстоящими трудностями. При этом, ключевой особенностью было не убеждение в том, что «все будет хорошо», а именно ощущение контроля, понятности и уверенности в возможности преодоления текущих и предстоящих жизненных неурядиц. Такие пациенты характеризовали степень своего улучшения как «полное выздоровление», либо «значительное улучшение», многие отмечали то, что за время психотерапии обрели новые полезные навыки, представления, не свойственные им ранее.

При улучшении состояния у пациентов сохранялись отдельные резидуальные симптомы тревоги. Для панического расстройства это часто описывалось как неуверенность в окончательном избавлении от приступов паники с сохранением фоновой тревоги, тревоги ожидания приступа в наиболее стрессовых ситуациях. При этом приступы паники отсутствовали. У пациентов с ГТР улучшение состояния характеризовалось сохранением отдельных психических проявлений тревоги, вегетативные проявления как правило отсутствовали. Пациенты с ГТР продолжали жаловаться на ощущение неуверенности, беспокойство, склонность испытывать тревогу по поводу результатов текущей деятельности, данные симптомы ослабевали, но

не исчезали полностью. В психотерапевтическом процессе пациенты с улучшением состояния формально понимали механизмы формирования заболевания, были склонны углубляться в несущественные частности, влияющие на их состояние. Часто такие пациенты ожидали конкретных рекомендаций, рецептов избавления от того или иного симптома, воспринимая психотерапевтический процесс излишне упрощенно, формализовано. Активность в отношении выздоровления была ниже, чем в группе значительного улучшения, испытуемые чаще нарушали предписанные рекомендации, проделывали гораздо меньше самостоятельной умственной работы, часто приходили на сессию неподготовленными, говорили о том, что они не думали об обсуждаемых проблемах. Психотерапевтический контакт был достаточно устойчивым, но не уменьшался в процессе лечения, пациенты говорили о необходимости поддержки со стороны психотерапевта, были склонны затягивать лечение. Часто наблюдалась потребительская позиция по отношению к психотерапевту, когда участники исследования требовали от психотерапевта каких-либо действий по улучшению состояния не будучи готовы делать что-то для своего здоровья самостоятельно. Такая позиция часто характеризовалась фразами «вы доктор, лечите меня», «сделайте что-нибудь, чтобы мне стало легче» и т.д. Пациенты характеризовали свое состояние по завершении лечения как «значительное улучшение», либо «улучшение», отмечая сохранение отдельных симптомов.

Незначительное улучшение состояния характеризовалось крайне ограниченной редукцией симптомов ГТР (при ПР данная градация в исследуемой выборке не наблюдалась). Пациенты говорили о некотором снижении уровня тревоги, отмечали исчезновение тревоги в отдельных ситуациях, сообщали об исчезновении отдельных симптомов вегетативных расстройств, делая упор на то, что основная масса симптоматики сохраняется. Часто наблюдались колебания состояния в течение курса лечения. Испытуемые этой группы крайне ограниченно воспринимали

информацию о причинах формирования расстройства, продолжали настаивать на беспричинности его возникновения, либо на непреодолимой тяжести обстоятельств, приведших к болезни. Формирование новых убеждений и моделей поведения происходило с большим трудом. Испытуемые почти не формировали новых суждений относительно обсуждаемого материала. Позиция по отношению к психотерапевту была потребительской, либо пассивно-настороженной. Такие пациенты воспринимали процесс психотерапии как прием лекарственных препаратов, отказывались менять что-либо в своей жизни для улучшения состояния, настаивая на том, что им «должен помочь гипноз». После завершения курса эти участники характеризовали результат как «незначительное улучшение», либо «отсутствие улучшения».

Отсутствие улучшения характеризовалось отсутствием редукции симптомов, либо незначительной редукцией симптоматики на начальном этапе психотерапии с последующим ухудшением и стабилизацией исходного состояния. Понимание механизмов формирования расстройства при этом почти отсутствовало, пациенты негативно, либо безразлично относились к любым попыткам объяснить состояние их образом жизни. Испытуемые не были готовы производить какие-либо изменения в своей жизни, настаивая на собственной беспомощности перед обстоятельствами. Психотерапевтический контакт был неустойчивым, зависимость от психотерапевта была низкой и снижалась в процессе лечения. Результат психотерапии пациенты характеризовали как «отсутствие улучшения».

## **2.5 Психометрический инструментарий исследования**

В исследовании было применено 10 психометрических методик. Среди них были как методики, хорошо зарекомендовавшие себя в исследованиях психотерапии при тревожных расстройствах, так и методики ранее не

использовавшиеся или использовавшиеся очень ограниченно в подобных исследованиях. Часть использованных опросников не была валидизирована в России, что, однако, не мешает использовать их при сравнительной оценке результатов в двух группах или в одной группе при сравнении данных до и после воздействия [23].

Из методик, хорошо зарекомендовавших себя в исследованиях психотерапии, для данного исследования были выбраны ММРІ (в адаптации Собчик), SCL-90, Тест Спилбергера-Ханина (STAI), Торонтская Шкала Алекситимии (TAS), Шкала Депрессии Бека (BDI), Личностная Шкала Тревоги Тейлора (TAI), Шкала Тревоги Шихана (ShARS). Выбор сходных по содержанию методик был сделан с целью выявления наиболее чувствительных методов оценки при тревожных расстройствах. В опроснике ММРІ, помимо 13 стандартных шкал была использована шкала 2-9, предложенная Р.Д.Тукаевым для комплексной оценки аффективной сферы [36, 40].

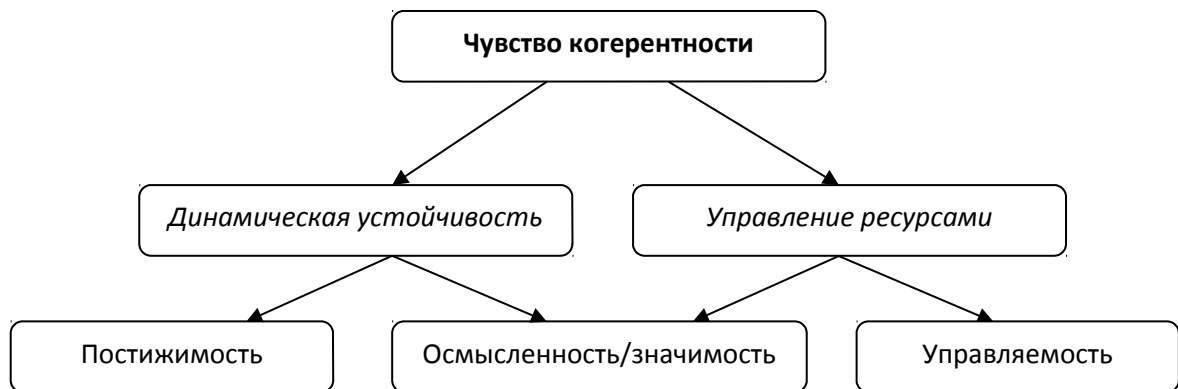
Помимо вышеописанных методик в исследовании использовались опросники: «Управление ресурсами для преодоления болезненных расстройств» (RRI), Пятифакторная шкала полноты осознания, короткая версия (FFMQ-SF) и Шкала внимательности и осознанности (MAAS).

**Опросник «Управление ресурсами для выздоровления» (Resourcefulness for recovery inventory – RRI-RE)** создан М.Селинским с соавторами [81]. Опросник содержит 239 утверждений, которые предлагается оценить по шестибальной шкале от 0 – «Полностью не согласен» до 5 – «Полностью согласен». В исследовании использовался исследовательский вариант опросника в совместной адаптации авторов методики и коллектива группы системных исследований психотерапии отдела аффективных расстройств Московского НИИ Психиатрии. Опросник состоит из 20 биполярных шкал, 18 шкал «Факторы, способствующие выздоровлению» и 18 шкал «Факторы, препятствующие выздоровлению», см. Таблицу 2.4 (см.

Приложение). Из 20 биполярных шкал 18 образуются путем вычисления, из показателей шкал «Факторы, способствующие выздоровлению» и «Факторы, препятствующие выздоровлению», две шкалы рассчитываются самостоятельно.

Понятие «Управления ресурсами» (англ. Resourcefulness), как и представление о «Динамической устойчивости» (англ. Resilience), сформулировано в рамках позитивной психологии и является дальнейшей разработкой концепции чувства когерентности (англ. Sense of coherence). В представлении М.Селинского связь между этими понятиями можно выразить следующей схемой, см. Рисунок 2.3.

Рисунок 2.3 Чувство когерентности на основании модели М. Селинского



Управление ресурсами для выздоровления, по мнению авторов концепции, является основным предиктором выздоровления, в то время как динамическая устойчивость представляется основным механизмом сопротивления формированию болезненных расстройств. Методика «Управление ресурсами для выздоровления» использовалась в ряде исследований и показала себя как перспективный инструмент для изучения результативности психотерапии и реабилитационных мероприятий [81, 79, 182].

**Пятифакторный опросник полноты осознания (Five Facet Mindfulness Questionary - FFMQ)**, разработан Вагс с соавторами [59], короткая версия опросника (FFMQ-SF) предложена Bohlmeijer с соавторами в 2011 году [70]. Методика содержит 24 утверждения, которые предлагается оценить по пятибалльной шкале. Опросник используется для оценки полноты осознания согласно представлению о ее пятифакторной структуре. Опросник позволяет оценить полноту осознания по пяти шкалам: «Созерцание», «Описание поступающей информации», «Внимание к действиям», «Безоценочное восприятие», «Нереагирование», а так же оценивает общий уровень полноты осознания. В настоящем исследовании опросник используется в авторской адаптации.

**Шкала внимательности и осознанности (Mindful attention awareness scale - MAAS)** разработана Brown с соавторами [75]. Опросник содержит 15 утверждений, которые испытуемый оценивает по шестибалльной шкале. Методика оценивает полноту осознания применительно к повседневной активности пациента. В настоящем исследовании опросник используется в авторской адаптации.отс2.6

Статистические методы оценки полученных результатов

## **2.6 Статистические методы оценки полученных результатов**

Статистический анализ данных производился с помощью программы Statistica, версия 10. Для сравнения данных использовались методы непараметрической статистики. Такое решение было принято в связи с небольшим объемом выборки и несоответствием распределения переменных нормальному распределению в сравниваемых группах. Для оценки различий между группами использовался критерий  $\chi^2$  Манна-Уитни. Различия внутри групп между исходными и конечными данными оценивались с помощью критерия Вилкоксона.



Для оценки степени различий использовался размер эффекта, что является общепринятым в западных исследованиях эффективности психотерапии, но до сих пор почти не используется в России. В настоящем исследовании использовался метод подсчета размера эффекта по методике, предложенный G.Cumming в книге Understanding the new statistics [89]. В данной работе использовался объективный размер эффекта  $d_{\text{unb}}$ . При подсчете размера эффекта для независимых выборок применялась следующая формула:

$$d = (M_2 - M_1) / s_p$$

Где  $d$  – размер эффекта,  $M_1$  – среднее для выборки 1,  $M_2$  – среднее выборки 2,  $s_p$  – взвешенное среднеквадратичное отклонение

Для исключения ошибок, связанных с возможными различиями между среднеквадратичными отклонениями двух выборок, при подсчетах использовалось взвешенное среднеквадратичное отклонение  $s_p$ .

$$s_p = \sqrt{\frac{(N_A - 1)s_A^2 + (N_B - 1)s_B^2}{N_A + N_B - 2}}$$

Где  $s_p$  – взвешенное среднеквадратичное отклонение,  $N_A$  – объем выборки А,  $N_B$  – объем выборки В,  $s_A$  – среднеквадратичное отклонение выборки А,  $s_B$  – среднеквадратичное отклонение выборки В.

Для получения объективного размера эффекта значение размера эффекта  $d$  умножалось на корректировочный коэффициент в зависимости от объема выборки. Коэффициенты представлены в таблице 2.5

Таблица 2.5 Корректировочные коэффициенты в зависимости от размера выборки.

Степени свободы	Корректировочный коэффициент
2	0,564

5	0,841
10	0,923
20	0,962
30	0,975
50	0,985

Таким образом:

$$d_{unb} = d * k$$

Где  $d_{unb}$  – объективный размер эффекта,  $d$  – размер эффекта,  $k$  – корректировочный коэффициент.

При подсчете размера эффекта для зависимых переменных формула была следующей:

$$d = \frac{M_{diff}}{s_{av}}$$

Где  $d$  – размер эффекта,  $M_{diff}$  – разница между средними начальными и конечными данными,  $s_{av}$  – среднее для двух групп данных среднеквадратичное отклонение.

$$s_{av} = \sqrt{\frac{s_{pre}^2 + s_{post}^2}{2}}$$

Где  $s_{av}$  – среднее для двух групп данных среднеквадратичное отклонение,  $s_{pre}$  – среднеквадратичное отклонение для начальных данных,  $s_{post}$  – среднеквадратичное отклонение для конечных данных.

Для окончательного подсчета  $d_{unb}$  использовалась та же формула, что и для независимых групп данных:

$$d_{unb} = d * k$$

Такой способ подсчета размера эффекта позволяет избежать ошибок, связанных с различиями среднеквадратичных отклонений двух групп данных и с небольшим объемом выборки. В настоящее время  $d_{unb}$  предлагается использовать как стандартный показатель эффективности воздействия как при сравнение эффективности в рамках одного исследования, так и при проведении систематических обзоров и метаанализов [89].

Для интерпретации размера эффекта первоначально Коэном [85] были предложены критерии, предложенные в таблице 2.6

Таблица 2.6 Интерпретация размера эффекта по Коэну

Размер эффекта $d$	Оценочная характеристика
0,2	малый
0,5	средний
0,8	большой

Позднее были предложены другие оценочные характеристики для размера эффекта на основании разницы средних –  $d$ , соотносимые с оценочными характеристиками для размера эффекта на основании корреляции –  $r$ , см. таблицу 2.7.

Таблица 2.7 Интерпретация размера эффекта  $d$ , соотносимая с размером эффекта  $r$ .

Размер эффекта, $d_{unb}$	Оценочная характеристика
0 – 0,2	Ничтожный
0,2 – 0,6	Малый

0,6 – 1,2	Умеренный
1,2 – 2,0	Большой
2,0 – 4,0	Очень большой
4,0 – $\infty$	Исключительно большой

В настоящей работе размер эффекта интерпретировался согласно таблице 2.7.

Для поиска предикторов эффективности психотерапии применялся дискриминантный анализ. При его проведении отбирались переменные, для которых отмечались статистически значимые различия между группами по исходным показателям. Корреляционный анализ использовался для оценки связи между переменными перед выполнением основной процедуры дискриминантного анализа. В связи с высоким уровнем корреляции ряда переменных был выбран вариант анализа с последовательным включением переменных в модель.

### **Глава 3 Клинические особенности пациентов с тревожными расстройствами**

В данной главе приводится клиническая характеристика выборки больных, включенных в исследование. В исследование были включены пациенты с паническим расстройством (ПР) и генерализованным тревожным расстройством (ГТР). Критерии включения и исключения описаны во второй главе. Нами проанализированы психопатологическая структура исследуемых расстройств, длительность и характер течения заболевания. Проведено сравнение по вышеописанным характеристикам групп впервые проходивших терапию (ВПТ) и резистентных к психофармакотерапии (РПФТ).

#### **3.1 Общая клинико-психопатологическая характеристика контингента исследования**

В исследовании приняли участие 52 пациента, проходивших лечение в 2012-2014 годах в клиниках Московского НИИ Психиатрии. Средняя продолжительность заболевания у пациентов, включенных в исследование, составляла 54,5 месяца, при этом у 24 длительность заболевания составляла менее 12 месяцев. У 4 пациентов заболевание длилось более 10 лет. Ранее госпитализировались в психиатрические стационары по поводу своего состояния 13 человек, в том числе у 7 в анамнезе было более одной госпитализации. В отделения соматического профиля (терапия, кардиология, неврология, гастроэнтерология) ранее госпитализировались 15 человек в связи с тревожно-вегетативными расстройствами. Впервые обращались за психиатрической помощью 32 пациента. В остальных случаях число предшествующих обращений составляло от 2 до 4. Имели работу на момент

включения в исследование 42 пациента выборки, (39 работали по специальности или в смежных областях, 3 занимались низкоквалифицированным трудом) 10 не работали, в том числе 6 по причине своего заболевания.

У 13 пациентов наблюдалась наследственная отягощенность по алкоголизму. В 3 случаях у родственников больных была диагностирована шизофрения, в 5 – родственники больных обращались за психиатрической помощью в связи с расстройствами тревожно-депрессивного спектра.

Таким образом, выборка пациентов, включенных в исследование, состояла из пациентов с умеренно выраженными и выраженными расстройствами и, в среднем, соответствует контингенту, обращающихся в стационарные и амбулаторные учреждения психиатрического профиля.

### **3.1.1 Продолжительность и характер течения заболевания в группах ПР и ГТР**

Средняя продолжительность заболевания для больных ПР составляла 41,3 месяца, для больных ГТР 72,5 месяца, тем не менее, статистически значимых различий между этими показателями не найдено. Из группы ПР 7 пациентов ранее госпитализировались в психиатрические стационары, в том числе 4 – более одного раза. В группе ГТР за стационарной психиатрической помощью обращались 6 человек (3 более одного раза). В учреждения соматического профиля обращались 10 пациентов, страдающих ПР и 5 пациентов с ГТР. У включенных в исследование, психические расстройства, относящихся к другой диагностической категории отсутствовали (в соответствии с критериями включения и исключения).

### 3.1.2 Группы ВПТ и РПФТ, длительность и характер течения заболевания

Для пациентов групп ВПТ и РПФТ средняя продолжительность заболевания на момент включения в исследование составила 18,1 месяца и 112,8 месяцев, соответственно, данные показатели статистически значимо различались ( $p < 0,0001$ ). При оценке подгрупп ВПТ и РПФТ при ПР и ГТР отдельно статистически значимые различия в продолжительности заболевания наблюдались только для группы ГТР и отсутствовали для группы ПР.

Данные о представленности больных ПР и ГТР в группах ВПТ и РПФТ содержатся в Таблице 3.2. Из данных таблицы видно, что в группу ВПТ вошло больше пациентов, страдающих ПР, однако, статистически значимых различий по этому показателю не было.

Таблица 3.2 Количество больных с ПР и ГТР в группах ВПТ и РПФТ.

	ВПТ	РПФТ
ПР n=29	19	10
ГТР n=23	13	10

В группе РПФТ 13 больных ранее госпитализировались в ПБ. Стационарное лечение в отделениях соматического профиля в связи с психическим состоянием проходили 6 человек из группы ВПТ и 9 человек из группы РПФТ.

### 3.1.3 Характер психофармакологического лечения в группе РПФТ

Все больные группы РПФТ к моменту включения уже имели опыт обращения за психиатрической помощью в различные учреждения г. Москвы и проходили не менее 2 курсов психофармакотерапии. Тем не менее, лечение

в этих случаях не приводило к купированию тревожного расстройства. Неудовлетворенность лечением служила поводом к обращению за психотерапевтической помощью.

В большинстве случаев назначенное ранее лечение было комбинированным. Все пациенты на момент включения получали терапию антидепрессантами, в 13 случаях это были препараты группы СИОЗС (пароксетин, сертралин, флувоксамин, циталопрам), в остальных случаях использовались комбинации двух препаратов из групп СИОЗС (эсциталопрам, сертралин), трициклических (амитриптилин, кломипрамин) и гетероциклических антидепрессантов (миансерин, мапротилин, миртазапин).

В 11 случаях пациенты на момент включения в исследование получали комбинированную терапию антидепрессантами и нейролептиками. В основном больные получали малые нейролептики: кветиапин, тиоридазин, алимемазин, арипипразол, в одном случае терапия антидепрессантами сочеталась с оланзапином. Постоянную терапию транквилизаторами получало 6 больных на момент включения в исследование. В трех случаях наблюдалась комбинация всех трех групп препаратов.

Для всех пациентов в группе РПФТ по мере улучшения состояния, обусловленного психотерапией, проводилась постепенная отмена ранее использовавшейся психофармакотерапии. Интервал для снижения дозы составлял в среднем 3-4 дня. В первую очередь, 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 (3 человека), СИОЗС + сертралин (1 человек), миансерин (1 человек) и арипипразол (1 человек).



Пятеро из 6 пациентов, получавших ПФТ на момент окончания исследования, по результатам терапии попали в группу УС (УС – 2, ОУС – 2, НУС – 2). По результатам двухгодичного катамнестического исследования состояние пациентов с ОУС не претерпело изменений, за это время они обращались за психиатрической помощью без эффекта. Состояние двоих пациентов с НУС за последующие 2 года улучшилось, и было квалифицировано как УС (в одном случае ПФТ была отменена самостоятельно, во втором пациент продолжал принимать СИОЗС), состояние одного пациента с УС ухудшилось. Так, например, в одном случае у пациента с НУС через год состояние оставалось без изменений и он продолжал принимать ПФТ. В другом случае пациент, продолжавший принимать ПФТ (миансерин 15мг) на момент окончания исследования был отнесен к группе ЗУС. Через 2 месяца пациент самостоятельно отменил ПФТ, через 2 года состояние пациента по прежнему квалифицировалось как ЗУС.

## **3.2 Группа панического расстройства**

### **3.2.1 Клинико-психопатологическая характеристика больных ПР**

Диагноз панического расстройства устанавливался согласно критериям МКБ-10 для F41.0

В МКБ-10 паническое расстройство (F41.0) диагностируется при наличии периодически возникающих приступов паники, не связанных со специфическими ситуациями, заметным напряжением или угрозой для жизни [24]. Приступы паники описываются как дискретный эпизод интенсивного страха или дискомфорта, возникающий внезапно, достигающий максимума в течение нескольких минут и длящийся, по меньшей мере, несколько минут. В исследовательской версии руководства для постановки диагноза указывается необходимость наличия 4 симптомов, причем, как минимум, одного из

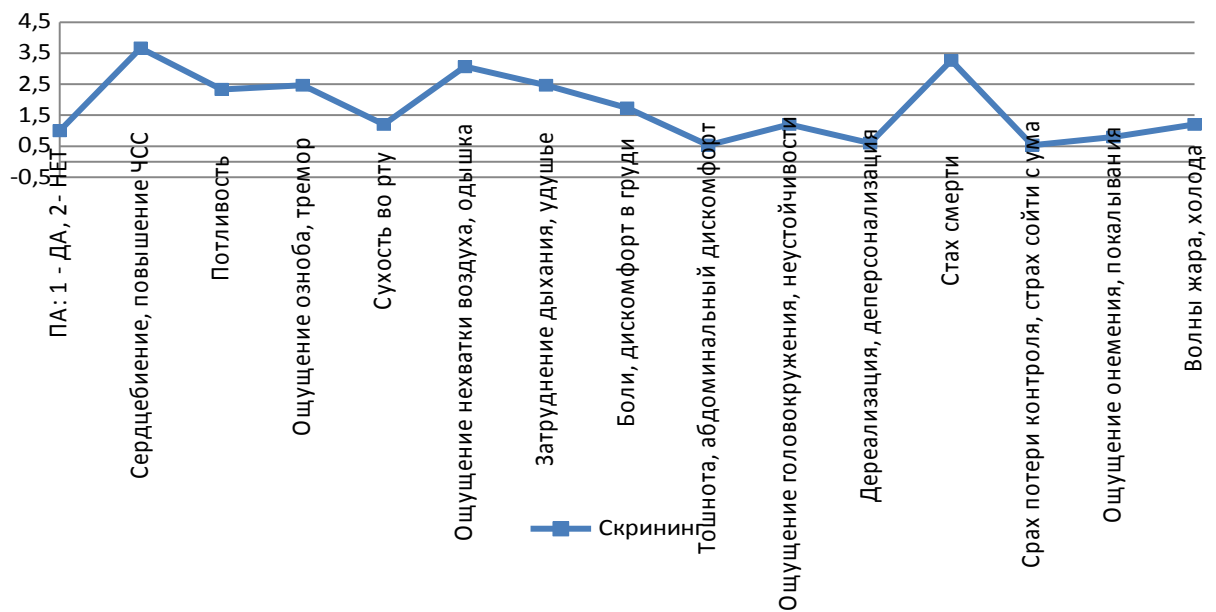
группы вегетативных симптомов (сердцебиение, потливость, ощущение озноба или тремор, сухость во рту).

Тяжесть панического расстройства определяется частотой возникновения приступов, при частоте возникновения 1 раз в неделю в течение месяца, паническое расстройство характеризуется как тяжелое.

Для оценки клинической динамики были использованы исследовательские критерии МКБ-10 и критерии системной качественно-количественной оценки эффективности психотерапии [24, 36, 40]. Для измерения степени выраженности показателей использовалась Лайкерт шкала [132] с 5 градациями: 0 – отсутствие, 1 – выражен в слабой степени, 2 – выражен в умеренной степени, 3 – выражен в значительной степени. 4 – выражен в максимальной степени, (см. таблицу 2.2 приложения).

Группа панического расстройства состояла из 29 испытуемых. Первоначальный профиль симптоматики, согласно исследовательским критериям МКБ-10, представлен на графике 3.1. Исходно, в исследуемой выборке наиболее выраженными симптомами (среднее значение  $>2$ ) являются сердцебиение и повышение ЧСС, потливость, ощущение озноба, тремор, ощущение нехватки воздуха, затруднение дыхания или удушье, страх смерти. Такие симптомы, как сухость во рту, тошнота, абдоминальный дискомфорт, ощущение головокружения, неустойчивости, дереализация, деперсонализация, страх потери контроля, страх сойти с ума, ощущение онемения, покалывания, волны жара холода выражены незначительно (среднее значение  $<1,5$ ).

График 3.1 Клинические показатели при ПР в общей выборке



Пациенты жаловались на приступы паники, возникающие вне связи с какой-либо специфической ситуацией, иногда в ночное время. В большинстве случаев в начале заболевания, на основе опыта обращения за медицинской помощью к специалистам в области соматической медицины, пациенты связывали возникновение приступов с наличием соматического заболевания (сердечно-сосудистой системы, неврологическим, гастроэнтерологическим или эндокринным заболеванием). Фиксация на какой-либо системе органов происходила в зависимости от доминирующей симптоматики (сердцебиение, «головокружение», боли в животе). Возникновение приступа приводило к поиску причинно-следственных связей с обстоятельствами приступа. Спонтанное возникновение расширяло круг обстоятельств, способствующих возникновению приступа. В ряде случаев у испытуемых наблюдалась фиксация на своем здоровье, повышенное внимание к телесным функциям, усиливали тревогу ожидания приступа. Клинические примеры представлены в приложении 2.

При паническом расстройстве достаточно часто наблюдались дерезализация, соматоформные проявления. Часто паническое расстройство сопровождалось симптомами фиксации на своем здоровье, которые быстро

купировались в процессе психотерапии. Для работы с подобной симптоматикой в основном использовался психообразовательный компонент, пациентам объяснялись механизмы формирования приступов паники и телесных ощущений, отличия функциональных вегетативных расстройств от соматических заболеваний. В некоторых случаях на высоте приступа паники наблюдались дереализационные расстройства, которые обычно описывались пациентами как «головокружение». При этом звучали жалобы на ощущение отчужденности окружающего пространства, ощущение, что окружающие объекты видны как через дымку, ощущение неустойчивости походки. Соматоформные расстройства проявлялись болями и неприятными ощущениями различной локализации. Ощущения по структуре были простыми и, как правило, были связаны с основными соматическими проявлениями, наблюдаемыми во время приступа паники. Пациенты жаловались на боли в груди, ощущение сердцебиения, ощущения кома в горле, слабости в конечностях, боли в животе тянущего характера, дрожь в конечностях. В некоторых случаях по поводу подобных ощущений пациенты наблюдались у кардиологов, неврологов, эндокринологов. В части случаев первому приступу паники предшествовал период, характеризующийся астеническими проявлениями. Около половины пациентов отмечали, что перед первым приступом в течение 2-3 недель чувствовали усталость, вялость, слабость, быструю утомляемость. После манифестации панического расстройства эти жалобы отходили на второй план.

### **3.3 Группа генерализованного тревожного расстройства**

#### **3.3.1 Клинико-психопатологическая характеристика больных ГТР**

Диагноз генерализованного тревожного расстройства устанавливался согласно критериям МКБ-10 для F41.1

В МКБ-10 диагноз генерализованного тревожного расстройства устанавливается в случае, когда пациента беспокоят выраженная

напряженность, беспокойство, ощущение предстоящих неприятностей в повседневной жизни. Тревога носит генерализованный, «нефиксированный» характер и возникает преимущественно без участия каких-либо внешних факторов. При этом в течение полугода должны присутствовать не менее 4 симптомов из исследовательской версии МКБ-10 и как минимум 1 из нижеследующих: усиленное или учащенное сердцебиение, потливость, тремор или дрожь, сухость во рту [24].

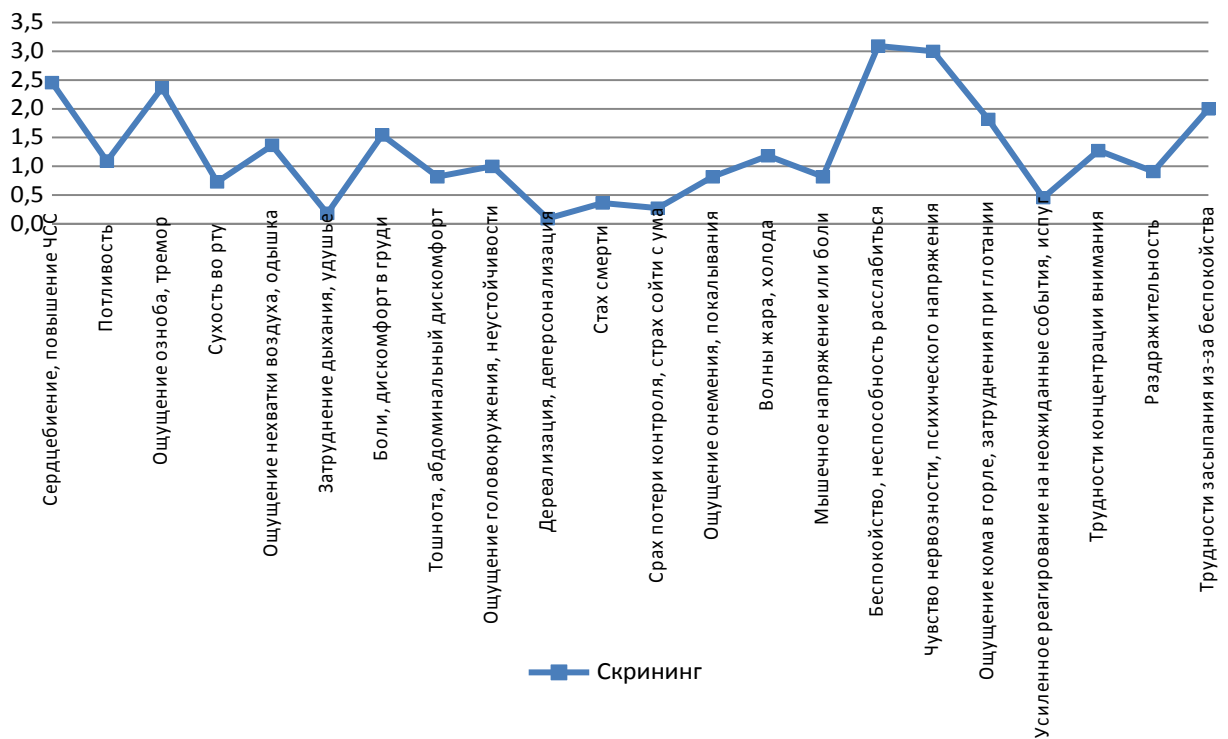
Для исследования динамики состояния при ГТР была использована та же методология, что и при паническом расстройстве. Исследовательские критерии МКБ-10 для ГТР и критерии системной качественно-количественной оценки эффективности психотерапии оценивались по 5 градациям по Лайкерт шкале [24, 36, 40, 132].

Группа генерализованного тревожного расстройства в исследуемой выборке состояла из 23 испытуемых. Выраженность симптомов была значительно менее равномерной, чем при ПР (см. График 3.2). Многие симптомы, описанные в исследовательских критериях МКБ-10, присутствовали только в единичных случаях. На кривой выраженности исходной симптоматики отчетливо доминировали (средние значения  $>1,5$ ) симптомы сердцебиения, ощущения озноба или тремора, боли или дискомфорта в груди, беспокойства или неспособности расслабиться, чувство нервозности, психического напряжения, трудности засыпания из-за беспокойства. Симптомы затруднения дыхания, дереализации или деперсонализации, страха смерти, страха сойти с ума, ощущения онемения или покалывания, усиленного реагирования на неожиданные события или испуг встречались крайне редко и были выражены в слабой степени (среднее значение  $<0,5$ ).

У пациентов группы ГТР доминировали жалобы на постоянное ощущение тревоги, проявляющейся в виде чувства нервозности, психического напряжения, беспокойства, неспособности расслабиться, ощущения надвигающейся угрозы (клинические примеры представлены в

приложении 2). Тревога носила «нефиксированный», «плавающий», безотчетный характер, периодически проявляясь в виде ожидания неприятностей, негативного исхода деятельности, сомнений относительно правильности принятия решений. На фоне подобных переживаний пациенты отмечали снижение работоспособности, ухудшение концентрации внимания, быструю утомляемость. Часто встречавшиеся нарушения сна у пациентов этой группы были связаны с постоянным обдумыванием текущих событий и грядущих неприятностей. В целом, наблюдаемая картина ГТР соответствовала описаниям этого расстройства в DSM-IV-TR [52], DSM-V [53] и МКБ-10 [24, 28], работах ведущих российских исследователей (Краснов В.Н.) [21].

График 3.2 Динамика клинических показателей при ГТР в общей выборке



Нередко генерализованная, диффузная тревога временно фокусировалась на бытовых переживаниях, пациенты отмечали тревогу по поводу здоровья близких, проблем в воспитании детей и опасения на счет их дальнейшей судьбы, возвращаясь далее к генерализованным формам. В таких случаях тревога приводила к повышенному контролю в отношении близких,

необходимости постоянно поддерживать связь по телефону, гиперопеке в отношении детей. Пациенты нередко жаловались на ожидание негативного исхода деятельности, страх допустить ошибку на работе, отмечали необходимость подолгу проверять выполненное задание, снижение концентрации внимания из-за постоянной тревоги, напряжения.

Во всех случаях симптомы тревоги сопровождалась вегетативной симптоматикой, проявляющейся в ощущении сердцебиения, нехватки воздуха, тремором, ощущением озноба. Вегетативные расстройства в большинстве случаев были психологически понятны для пациентов, и они связывали их с выраженностью тревоги. Пациенты группы ГТР редко обращались по поводу своего состояния к специалистам соматического профиля. Симптомы фиксации на своем здоровье встречались крайне редко, при этом фиксация на какой-либо системе органов отсутствовала, пациенты ощущали беспокойство по поводу общего состояния здоровья, испытывая облегчение при разъяснении механизмов формирования вегетативных симптомов.

Темами психотерапевтического воздействия в этой группе были психообразовательный компонент психотерапии, объяснение физиологических механизмов существующих симптомов, принципов развития тревожного расстройства, нормализация жизненного опыта, приведение в равновесие ожиданий относительно собственных успехов и бытовых реалий. Психотерапевтический процесс в этой группе отличался более медленной динамикой, чем у пациентов с ПР, но в большинстве случаев (56,5% случаев) приводил к значительному улучшению состояния.

## **Глава 4. Исследование эффективности психотерапии тревожных расстройств клиническими и клинико-психологическими методами**

### **4.1 Введение**

В данной главе приводятся данные о результатах психометрического и клинического исследования когнитивно-ориентированной терапии тревожных расстройств (КОПТ). Перед описанием результатов следует выделить два принципиально различающихся формата исследований психотерапии: 1) исследование эффективности метода психотерапии; 2) исследование механизмов психотерапии. При первом формате исследования для оценки результатов могут использоваться только применявшиеся в предшествующих исследованиях методы психометрии, что делает возможным сравнение методов по эффективности, включение исследования в метаанализы, систематические обзоры. Для исследования эффективности когнитивно-ориентированной психотерапии нами были использованы общепринятые в подобных исследованиях методики: симптоматический опросник SCL-90 (шкалы тревоги – ANX, депрессии – DEP и общей тяжести симптоматики – GSI), Тест Спилбергера-Ханина (STAI), Шкала тревоги Шихана (ShAR), Шкала депрессии Бека (BDI), Личностная шкала тревоги Тейлора (TAI).

В исследовании механизмов психотерапии набор психометрических методик определяется выдвигаемыми гипотезами. При этом гипотезы могут быть как четко сформулированными, так и находиться на уровне предположения о том, что тот или иной показатель неким образом участвует в процессе психотерапии (при поисковом характере исследования). В качестве теоретической модели для изучения механизмов психотерапии нами



была использована модель системы психологической адаптации личности (СПАЛ). Ранее было отмечено сходство этой модели с категориями управления ресурсами и динамической устойчивости, принятыми в позитивной психологии [173]. Исходя из этого, в качестве основного инструмента изучения механизмов психотерапии нами использовался опросник Управление ресурсами для выздоровления (Resilience for recovery inventory – RRI). Кроме того, нами было выдвинуто предположение о сходстве используемой в методике КОПТ модели нормального переживания и распространенной в западной психотерапии концепции полноты осознания (mindfulness), для подтверждения этого предположения использовались Шкала внимательности и осознанности (MAAS) и Пятифакторная шкала полноты осознания, короткая версия (FFMQ-SF).

Изменение данных психометрии оценивались как для всей выборки, так и с разделением на группы для выявления специфических механизмов. Сравнение результативности проводилось на основании разделения выборки на следующие группы: 1) группа больных, страдающих паническим расстройством (ПР) и группа больных, страдающих генерализованным тревожным расстройством (ГТР); 2) группа впервые проходивших терапию (ВПТ) и группа резистентных к психофармакотерапии (РПФТ).

Для поиска предикторов эффективности психотерапии тревожных расстройств выборка была разделена на группы значительного улучшения и улучшения состояния (ЗУС и УС) на основании исхода терапии. Пациенты с незначительным улучшением состояния в процессе терапии были отнесены в группу УС. Пациенты с отсутствием улучшения исключены из анализа (2 человека).

#### 4.2 Оценка изменений данных психометрического исследования по результатам КОПТ панического расстройства и генерализованного тревожного расстройства, результаты терапии в общей выборке

В общей выборке проводилось сравнение результатов терапевтического воздействия с группой листа ожидания (Таблица 4.1). Следует отметить, что оценка обобщенного эффекта ПТ ТР является устоявшейся традицией, в рамках которой выполнено большое количество исследований. В анализ включены психометрические показатели, использованные ранее в доказательных исследованиях. Раздельный анализ эффективности будет приведен далее.

Таблица 4.1 Сравнение результатов терапевтического воздействия с контролем листа ожидания в общей выборке.

Показатель	Контроль листа ожидания (n=25)		Результаты терапии (n=52)		p	dun b
	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
Тест Спилбергера-Ханина – реактивная тревога	39,87	12,04	24,81	12,04	0,0001	1,25
Тест Спилбергера-Ханина – личностная тревога	58,59	9,90	48,12	9,90	0,0001	1,06
Шкала депрессий Бека (BDI)	21,99	9,87	9,65	9,87	0,0001	1,25
Личностная шкала тревоги Тейлора	29,38	6,88	22,58	6,88	0,001	0,99
Шкала самооценки тревоги Шихана (ShARS)	48,40	29,43	22,04	29,43	0,0001	0,90
Пятифакторный опросник полноты осознания (FFMQ- SF)	67,71	9,99	80,12	9,99	0,0001	1,24
Шкала внимательности и осознанности (MAAS)	3,80	0,68	4,35	0,68	0,003	0,80

На момент окончания терапии показатели всех клинических шкал были достоверно ниже по сравнению с контролем листа ожидания, статистическая значимость находилась в пределах от  $p = 0,0001$  до  $p = 0,001$ . Размер эффекта находился в пределах умеренных – высоких значений (0,90 – 1,33). Показатели полноты осознания также статистически значимо отличались при умеренном – высоком размере эффекта.

Данные психометрического исследования продемонстрировали высокую эффективность когнитивно-ориентированной психотерапии тревожных расстройств при ПР и ГТР. Изменение показателей симптоматических опросников по результатам лечения носило комплексный характер, затрагивало не только непосредственно участвующие в синдромообразовании, но и дополнительные показатели. Так, средний показатель депрессии по шкале BDI, соответствовавший на момент начала исследования умеренной депрессии, снижался до уровня нормы. Кроме непосредственно оценивающих выраженность тревоги шкал изменения претерпевали и показатели личностной тревоги.

В процессе КОПТ наблюдалось значимое и значительное повышение показателей полноты осознания, свидетельствующее о непосредственной включенности этой категории в психотерапевтический процесс. Эти данные подтверждают нашу гипотезу о схожести понятий нормального переживания (лежащего в основе КОПТ) и полноты осознания.

### 4.3 Оценка эффективности ПТ ПР в контролируемом исследовании

#### 4.3.1 Контролируемая оценка эффективности ПТ ПР в общей выборке по данным психометрии

Оценка эффективности в группе ПР проводилась по сравнению с контролем листа ожидания (n=12 для ПР). Результаты сравнения представлены в таблице 4.2.

Таблица 4.2 Результативность психотерапии при ПР по данным психометрии

	Контроль листа ожидания (n=12)		Результаты в терапевтической группе (n=29)		p	d
	M	SD	M	SD		
SCL90 - DEP	1,95	0,81	0,82	0,83	0,000 1	1,37
SCL90 - ANX	2,46	0,77	0,89	0,72	0,000 1	2,11
SCL90 - GSI	1,64	0,69	0,72	0,60	0,000 1	1,42
Тест Спилбергера-Ханина – реактивная тревога	40,63	11,62	24,13	9,77	0,000 1	1,54
Тест Спилбергера-Ханина – личностная тревога	58,50	10,51	48,20	10,66	0,005	0,97
Шкала депрессии Бека	22,88	11,30	10,13	8,29	0,000 1	1,30
Шкала тревоги Тейлора	29,25	6,26	23,33	8,36	0,02	0,81
Шкала тревоги Шихана	62,25	28,44	20,40	13,78	0,000 1	1,98
Пятифакторный опросник полноты осознания	67,73	6,77	79,18	8,17	0,000 1	1,53
Шкала внимательности и осознанности	4,09	0,83	4,45	0,70	0,2	

Как видно из данных таблицы статистически значимые отличия по сравнению с группой КЛЮ наблюдались для всех симптоматических шкал. Размер эффекта демонстрировал значения от 0,81 до 2,11 (от умеренного до очень большого). Наибольший размер эффекта определялся для шкалы

тревоги опросника SCL-90 и Шкалы тревоги Шихана ( $d = 2,11$  и  $1,98$ , соответственно). Статистически значимые отличия при высоком размере эффекта отмечались и для показателя Пятифакторного опросника полноты осознания.

Таким образом, когнитивно-ориентированная психотерапия была высоко эффективна при ПР по данным психометрического анализа. При психотерапевтическом воздействии существенным изменениям подвергались не только показатели тревоги (в большей степени ситуативной), но и шкалы, отражающие уровень депрессии.

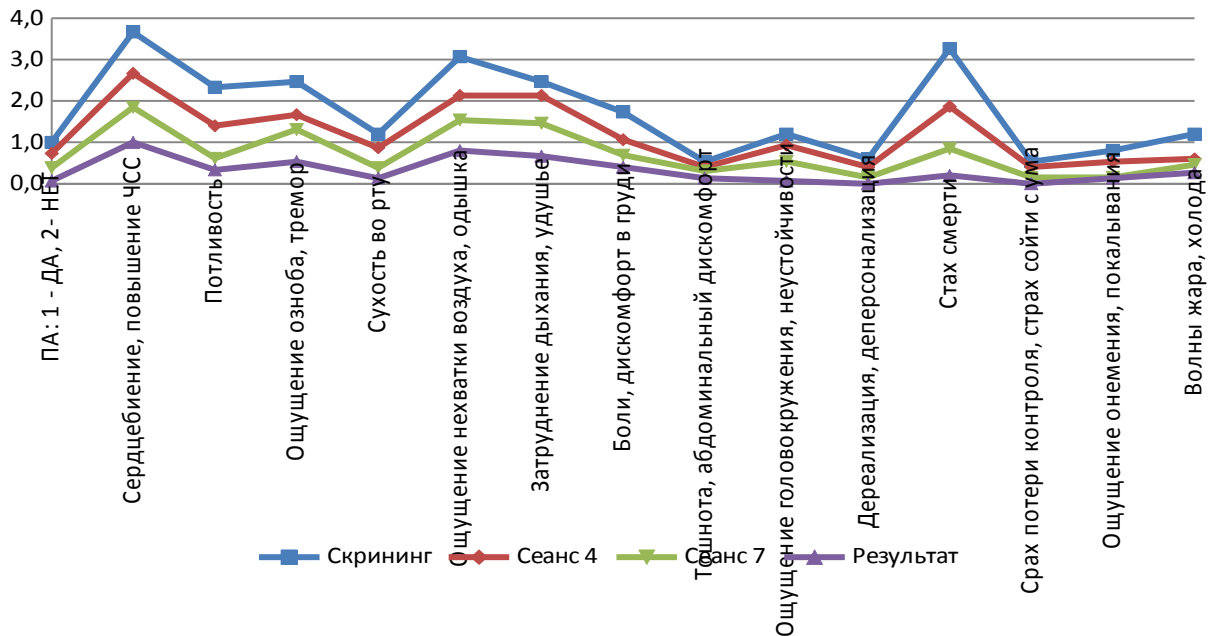
#### **4.3.2 Клиническая динамика состояния при паническом расстройстве в общей выборке**

По результатам лечения в группе панического расстройства значительного улучшения достигли 16 человек, состояние 12 человек расценивалось как улучшение состояния, у одного человека терапевтическая динамика отсутствовала. Средняя продолжительность лечения составила 11,93 сеанса ( $SD = 4,09$ ).

В процессе психотерапии наибольшим изменениям подвергались исходно более выраженные клинические показатели (см. График 4.1). Основная динамика ведущих признаков расстройства имела место в начале терапии между исследованиями перед 1-м и 4-м сеансом. На 4-м сеансе статистически значимые отличия от исходных показателей отмечались для 12 шкал из 14 (см. Таблицу 4.3 приложения). К моменту окончания исследования кривая выраженности симптомов в общей выборке постепенно снижаясь выравнивалась, переходя на субклинический уровень, когда симптоматика не соответствовала критериям исследовательской версии МКБ-10. На 7-м сеансе наблюдалось прекращение приступов паники у 21

пациента – 74%, в остальных случаях происходила редукция проявлений и урежение частоты панических приступов.

График 4.1 Динамика клинических показателей при паническом расстройстве в общей выборке



\* - изменения после 4-го сеанса, статистически значимые различия,  $p < 0,05$

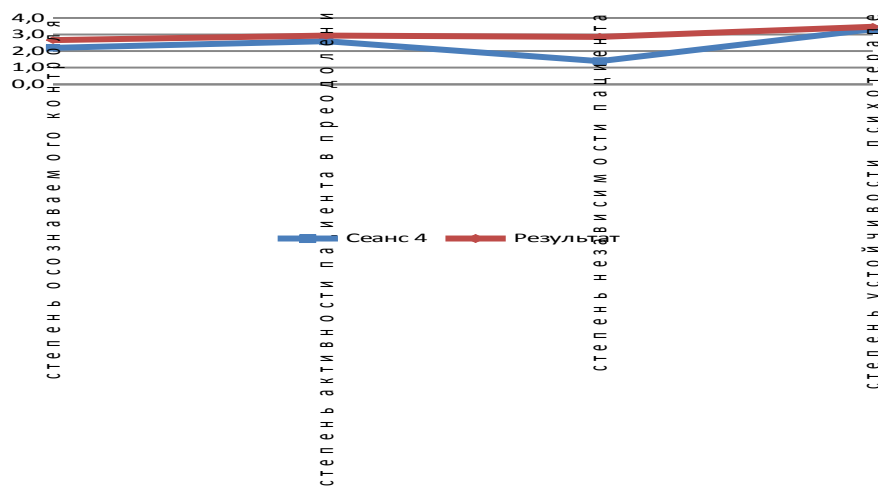
Большинство пациентов группы ПР отмечало существенное улучшение после 3-5 сеансов. В этот период происходило снижение интенсивности панических приступов, в первую очередь за счет когнитивного компонента. Испытуемые сообщали о более спокойном, отстраненном переживании вегетативных расстройств. При сохранении симптомов сердцебиения, головокружения, одышки пациенты не воспринимали их как способные привести к инфаркту, потере сознания или удушью.

Дальнейшая динамика характеризовалась постепенной редукцией пароксизмальной тревоги и внепароксизмальной симптоматики. К моменту окончания лечения у 27 из 29 пациентов приступы паники полностью прекратились, в 6 случаях наблюдались тревожные пароксизмы не

достигающие степени выраженности ПА. Симптомы, ранее наблюдавшиеся в структуре приступа, теряли пароксизмальный характер. Пациенты жаловались на периодически возникающие вегетативные расстройства, часто представленные в виде моносимптома. Для испытуемых в этот период были характерны жалобы на эпизоды сердцебиения, одышки, дрожи в конечностях, не сопровождающиеся тревогой на когнитивном уровне. Тревога сохранялась в отрыве от вегетативных симптомов в виде ощущения беспокойства перед важными событиями, тревоги ожидания приступа.

На момент окончания лечения статистически значимым изменениям подвергались 13 из 14 симптоматических шкал. Приступы паники сохранялись только у 2 из 29 испытуемых.

График 4.2 Критериальная оценка текущей/итоговой эффективности психотерапии при ПР в общей выборке



\* - изменения на момент окончания лечения, статистически значимые различия,  $p < 0,05$

По данным критериальной оценки текущей/итоговой эффективности психотерапии наибольшим изменением подвергнулся показатель степени независимости пациента от психотерапевта (см. график 4.2, таблицу 4.3). Степень осознаваемого контроля текущего состояния и степень активности пациента в преодолении болезненных расстройств подвергались незначительным изменениям.

### 4.3.3 Оценка эффективности в подгруппе ВПТ при ПР по данным психометрии

В подгруппах впервые проходящих терапию (ВПТ) и резистентных к психофармакотерапии (РФПТ) проводился анализ изменения показателей по результатам лечения, данные представлены в таблице 4.3.

Таблица 4.4 Результативность психотерапии в подгруппе ВПТ при ПР по данным психометрии (n=19)

	Данные до лечения		Данные по результатам лечения		p	d
	M	SD	M	SD		
SCL90 - DEP	1.5	0.5	0.5	0.2	0.000 1	2.85
SCL90 - ANX	2.0	0.8	0.7	0.5	0.000 1	1.90
SCL90 - GSI	1.2	0.4	0.5	0.2	0.000 1	2.53
Тест Спилбергера-Ханина – реактивная тревога	34.0	6.1	22.0	7.2	0.000 1	1.81
Тест Спилбергера-Ханина – личностная тревога	52.2	7.9	44.9	6.2	0.002	1.04
Шкала депрессии Бека	18.5	8.8	8.6	4.8	0.000 1	1.45
Шкала тревоги Тейлора	24.9	7.1	22.0	6.4	0.3	
Шкала тревоги Шихана	53.8	25.6	18.3	8.6	0.000 1	2.07
Пятифакторный опросник полноты осознания	73.0	7.2	79.6	6.9	0.01	0.93
Шкала внимательности и осознанности	3.9	0.8	4.4	0.5	0.03	0.83

По окончании лечения в подгруппе ВПТ при ПР изменениям подвергались все шкалы, кроме шкалы тревоги Тейлора при высоком уровне статистической значимости (р от 0,03 до 0,0001). Размер эффекта находился в пределах от средних до очень высоких значений, наибольший размер эффекта был характерен для шкал депрессии и общей тяжести симптоматики



опросника SCL-90 и шкалы тревоги Шихана. Статистически значимым изменениям подвергались обе шкалы полноты осознания при среднем размере эффекта.

#### 4.3.4 Оценка эффективности в подгруппе РПФТ при ПР по данным психометрии

Таблица 4.5 Результативность психотерапии в подгруппе РПФТ при ПР по данным психометрии (n=10)

	Данные до лечения		Данные по результатам лечения		p	d
	M	SD	M	SD		
SCL90 - DEP	2.1	1.1	1.6	1.1	0.2	
SCL90 - ANX	2.3	0.8	1.2	0.8	0.02	1.31
SCL90 - GSI	1.7	0.9	1.2	0.9	0.3	
Тест Спилбергера-Ханина – реактивная тревога	42.4	15.8	28.4	15.8	0.01	0.89
Тест Спилбергера-Ханина – личностная тревога	62.2	11.2	54.8	11.2	0.2	
Шкала депрессии Бека	22.8	14.3	13.2	14.3	0.2	
Шкала тревоги Тейлора	29.4	5.4	26.0	5.4	0.6	
Шкала тревоги Шихана	62.4	24.0	24.6	24.0	0.01	1.57
Пятифакторный опросник полноты осознания	71.4	12.2	78.4	12.2	0.2	
Шкала внимательности и осознанности	4.2	0.7	4.5	0.7	0.6	

В подгруппе РПФТ при ПР изменения были менее выраженными. Статистически значимые изменения наблюдались только для 3 шкал: тревога (SCL-90), реактивная тревога (тест Спилбергера-Ханина), шкала тревоги Шихана. При этом размер эффекта колебался от среднего до высокого (d от 0,89 до 1,57).

#### **4.3.5 Клиническая динамика состояния при паническом расстройстве в группах ВПТ и РПФТ**

Клиническая результативность когнитивно-ориентированной психотерапии тревожных расстройств в подгруппах ВПТ составила: ЗУС – 12 человек, УС – 7. В подгруппе РПФТ значительное улучшение наблюдалось у 4 человек, улучшение – у 5, улучшение отсутствовало у одного пациента. Средняя продолжительность лечения для впервые проходящих терапию составляла 9,7 сеансов, для резистентных к психофармакотерапии – 17,3 сеансов.

Клинический профиль в группах ВПТ и РПФТ исходно различался (см. графики 4.3 и 4.4, таблицу 4.6), в группе ВПТ доминировали сердцебиение и страх смерти, в то время как в группе РПФТ – сердцебиение и одышка. Кроме того, группы исходно различались по выраженности ощущения нехватки воздуха, одышки, ощущения головокружения, неустойчивости, (показатели выше в группе РПФТ), страха смерти (показатели выше в группе ВПТ) (см. таблицу 4.6). При оценке по критериям оценки текущей/итоговой эффективности психотерапии различия между группами наблюдались для показателей степени независимости пациента от психотерапевта, осознаваемого контроля текущего состояния и активности пациента в преодолении болезненных расстройств, показатели были выше в группе ВПТ (см. таблицу 4.6, графики 4.5, 4.6).

График 4.3 Динамика клинических показателей при ПР в группе впервые проходивших терапию

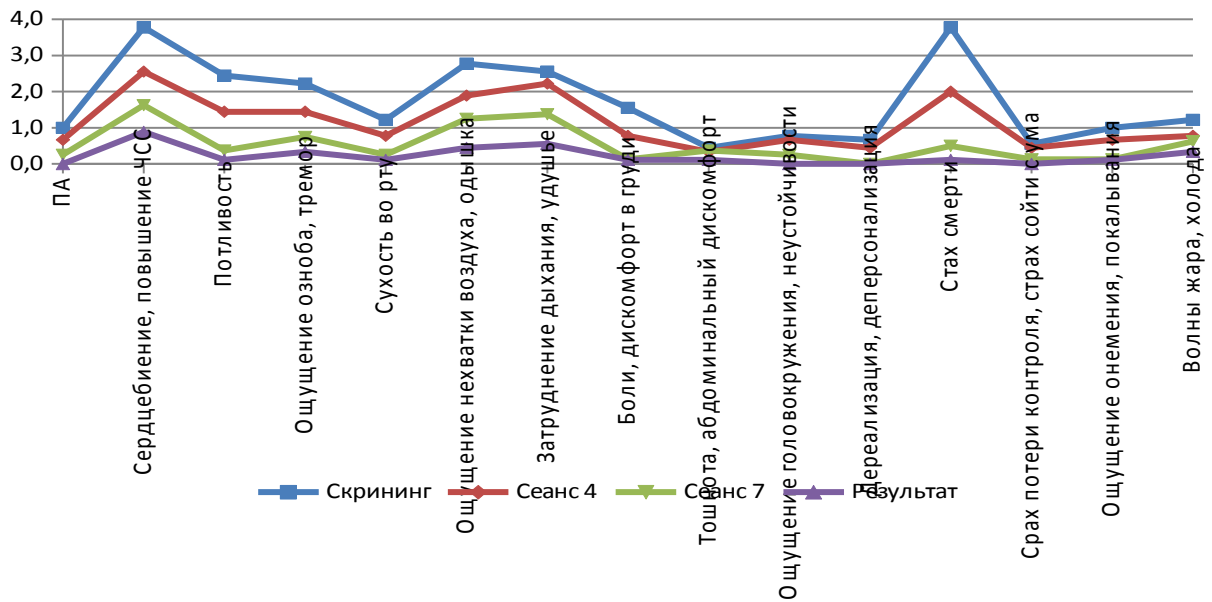
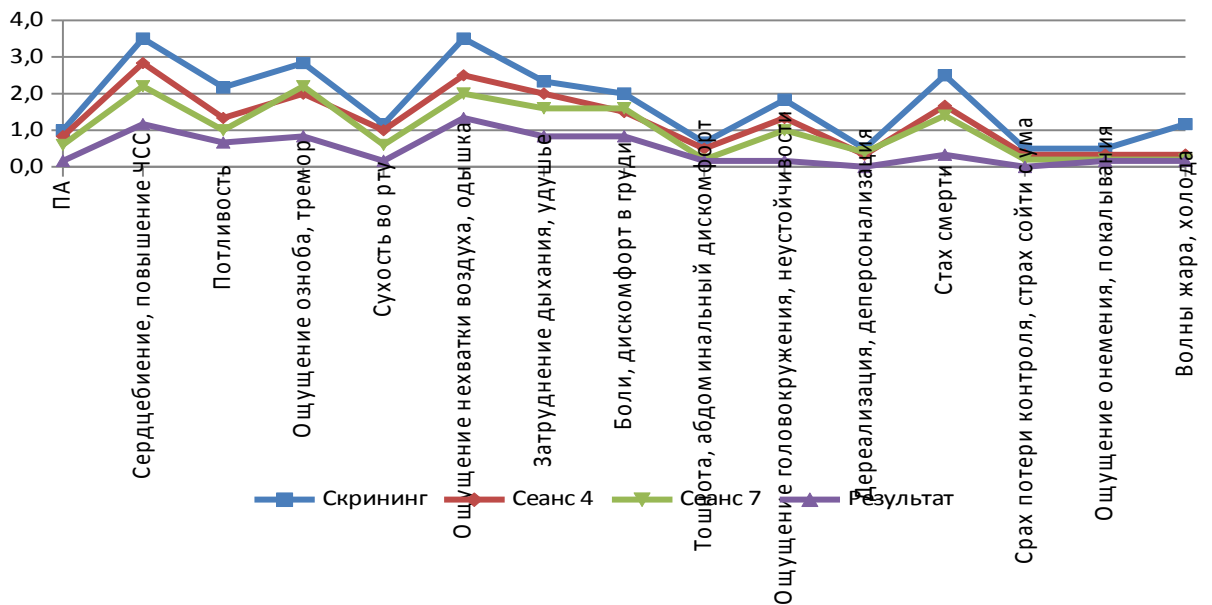


График 4.4 Динамика клинических показателей при ПР в группе резистентных к психофармакотерапии



\* - изменения после 4-го сеанса, статистически значимые различия,  $p < 0,05$

При оценке в динамике, в группе ВПТ после 4-го сеанса наблюдались статистически значимые различия по 10 показателям из 14 (см. график 4.3,

таблицу 4.7). Основная динамика состояния приходилась на период первых 7 сессий психотерапии. После седьмого сеанса редукция приступов паники отмечалась у 13 из 19 пациентов (70% случаев). В дальнейшем значимые изменения происходили только по шкалам сердцебиение или повышение ЧСС, ощущение нехватки воздуха, затруднение дыхания. Наиболее выраженными были изменения шкал с исходно большими значениями. После окончания курса лечения статистически значимые отличия касались 12 показателей из 14. На момент окончания лечения показатели выраженности симптоматики опускались ниже субклинического уровня. Относительно более высокие значения на момент окончания наблюдались в показателях сердцебиения или повышения ЧСС, ощущение нехватки воздуха, затруднение дыхания. Редукция приступов паники происходила у всех пациентов этой подгруппы.

График 4.5 Критериальная оценка текущей/итоговой эффективности психотерапии при ПР в группе ВПТ

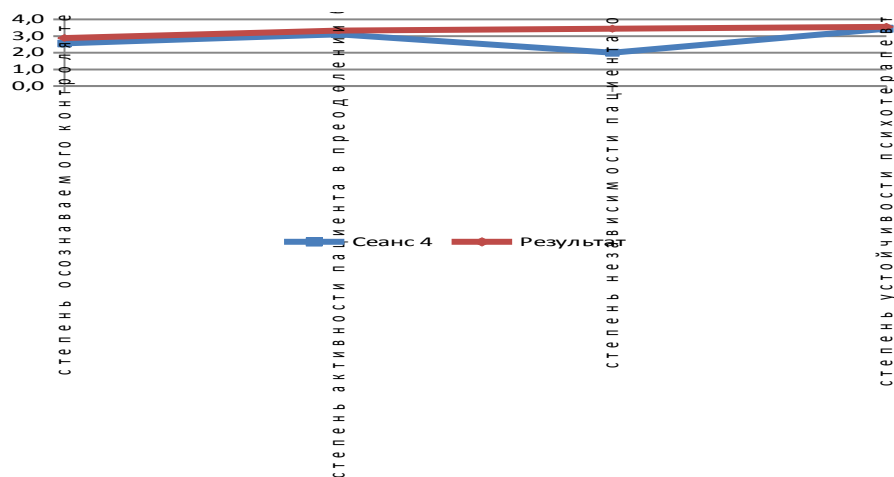
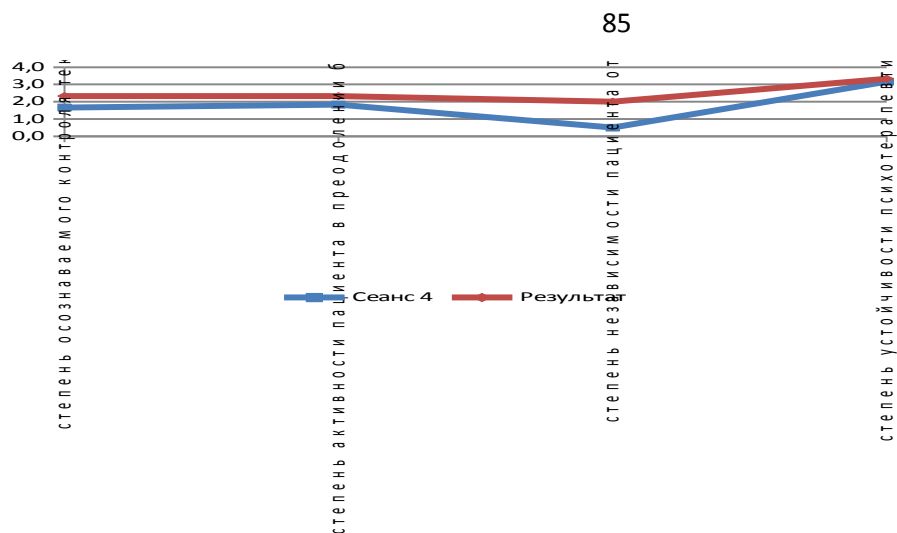


График 4.6 Критериальная оценка текущей/итоговой эффективности психотерапии при ПР в группе РПФТ



В группе РПФТ после 4-го сеанса статистически значимо менялись 7 показателей из 14 (см. график 4.4, таблицу 4.8). Динамика состояния в этой группе также носила нелинейный характер. Основные изменения происходили между 1-й и 4-й сессиями и после 7-й сессии. После 7-го сеанса редукция панических приступов наблюдалась только у 4 из 10 пациентов (40% испытуемых). Между 4-м и 7-м сеансами изменения в симптоматике были минимальными, для одной шкалы (ощущение озноба, тремор) значение повышалось. После 7-го сеанса наблюдалась равномерная редукция симптоматики. На момент окончания лечения наиболее выраженными были показатели ощущение сердцебиения, потливость, ощущение озноба, ощущение нехватки воздуха, затруднение дыхания, боли или дискомфорт в груди. Выраженность симптоматики на момент завершения курса была выше, чем в группе ВПТ.

По данным критериальной оценки текущей/итоговой эффективности психотерапии в подгруппе ВПТ показатели осознаваемого контроля текущего состояния, степень активности пациента в преодолении болезненных расстройств и устойчивость психотерапевтического контакта оставались на исходно высоком уровне, наибольшим изменением подвергался показатель степени независимости пациента от психотерапевта (см. графики 4.5, 4.6, таблицы 4.7, 4.8). В группе РПФТ статистически значимые изменения происходили в показателях осознаваемого контроля текущего состояния, активности пациента в преодолении болезненных

расстройств и независимости от психотерапевта. При этом их значения на момент завершения исследования были ниже исходных для группы ВПТ.

#### 4.4 Оценка эффективности ПТ ГТР в контролируемом исследовании

##### 4.4.1 Контролируемая оценка эффективности ПТ ГТР в общей выборке по данным психометрии

При оценке эффективности когнитивно-ориентированной психотерапии тревожных расстройств у больных ГТР по сравнению с контролем листа ожидания изменениям подвергались все клинические психометрические шкалы (см. таблицу 4.9). Статистическая значимость колебалась в пределах от  $p=0,03$  до  $p=0,001$ , размер эффекта находился в пределах средних – высоких значений. Наибольшие изменения касались уровня депрессии (шкала депрессии Бека) и тревоги (реактивная и личностная тревога теста Спилбергера-Ханина). Оба показателя полноты осознания претерпевали статистически значимые изменения со средним-большим размером эффекта. В целом, амплитуда изменений была ниже, чем при ПР.

Таблица 4.9 Результативность психотерапии при ГТР по данным психометрии

	Контроль листа ожидания (n=13)		Результаты в терапевтической группе (n=23)		p	d
	M	SD	M	SD		
SCL90 - DEP	2,00	0,97	1,09	0,83	0,01	1,01
SCL90 - ANX	1,92	1,19	0,98	1,00	0,03	0,85
SCL90 - GSI	1,41	0,67	0,78	0,59	0,01	1,01

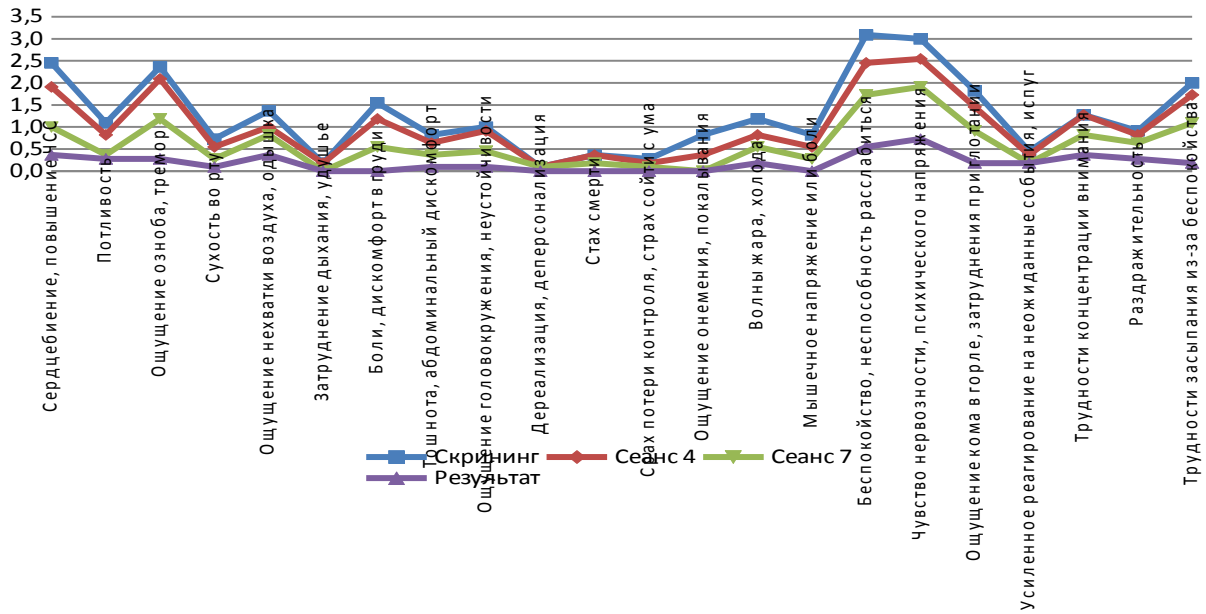
Тест Спилбергера-Ханина – реактивная тревога	39,17	13,22	25,72	10,73	0,002	1,12
Тест Спилбергера-Ханина – личностная тревога	58,67	10,46	48,00	7,20	0,002	1,19
Шкала депрессии Бека	21,17	9,60	9,00	6,16	0,001	1,51
Шкала тревоги Тейлора	29,50	7,10	21,55	8,67	0,008	1,0
Пятифакторный опросник полноты осознания	67,69	10,90	81,32	7,95	0,003	1,43
Шкала внимательности и осознанности	3,53	0,47	4,20	0,71	0,006	1,1

#### 4.4.2 Клиническая динамика состояния при генерализованном тревожном расстройстве в общей выборке

При генерализованном тревожном расстройстве распределение пациентов по степени улучшения состояния на момент окончания лечения было следующим: ЗУС – 13 пациентов, УС – 6, НУС – 3, ОУС – 1 человек. Средняя продолжительность лечения составила 15,64 сеанса ( $SD = 5,61$ ).

Динамика состояния при ГТР представлена на графиках 4.7, 4.8 и в таблице 4.10. 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 7-го сеанса изменения касались уже 16 показателей (см. таблицу 4.10). Таким образом, первыми реагировали на терапию симптомы сердцебиения, потливости, ощущения нехватки воздуха, боли или дискомфорта в груди, ощущения онемения, покалывания, волн жара или холода, мышечного напряжения или боли, беспокойства или неспособности расслабиться, чувства нервозности, психического напряжения, ощущения кома в горле. Показатели выраженности ощущения озноба или тремора, сухости во рту, тошноты или абдоминального дискомфорта, ощущения головокружения, трудности концентрации внимания, трудности засыпания, включались в динамику только после сеанса 4.

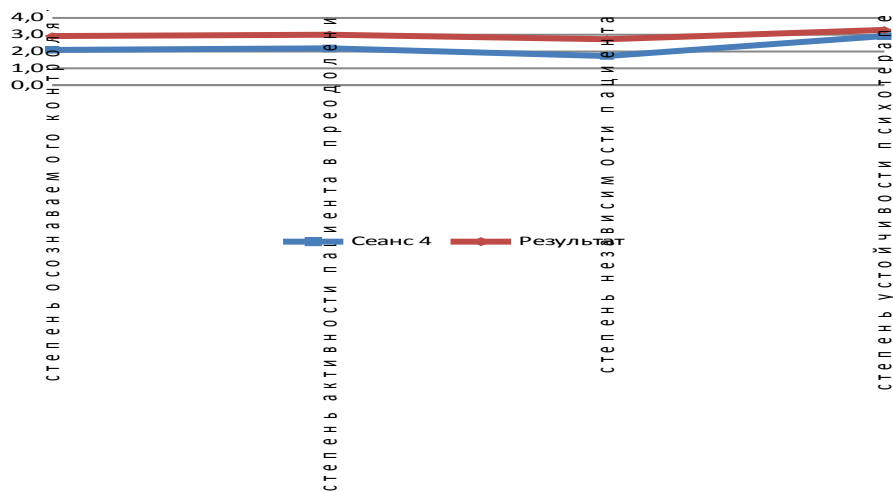
График 4.7 Динамика клинических показателей при ГТР в общей выборке



\* - изменения после 4-го сеанса, статистически значимые различия,  $p < 0,05$

На начальном этапе лечения пациенты отмечали улучшение общего состояния, говорили, что стали спокойнее, ушло напряжение, повысилась работоспособность. В отличие от панического расстройства, где пациенты оценивали урежение или прекращение приступов паники в процессе выздоровления, при ГТР начальная динамика заключалась в ощущении общего облегчения. Изменение конкретных симптомов обнаруживалось только при детальном расспросе.

График 4.8 Критериальная оценка текущей/итоговой эффективности психотерапии при ГТР в общей выборке





\* - изменения на момент окончания лечения, статистически значимые различия,  $p < 0,05$

Подобное отношение к своему состоянию сохранялось на протяжении всего курса лечения. Ближе к окончанию терапии пациенты в ряде случаев затруднялись определить наличие конкретных симптомов, но говорили, что не чувствуют себя полностью здоровыми, звучали жалобы на общее ощущение неустойчивости своего состояния. Значительное улучшение состояния описывалось испытуемыми как полное восстановление работоспособности, наличие уверенности в устойчивости улучшения, отсутствие тревоги.

На момент окончания лечения статистически значимым изменениям подвергались 17 из 22 показателей. Наибольшие значения соответствовали показателям беспокойства или неспособности расслабиться и чувства нервозности, психического напряжения. Уровень симптоматики в общей выборке находился на субклиническом уровне.

По данным критериальной оценки эффективности психотерапии изменениям на момент окончания лечения подвергались все 4 показателя (см. График 4.8, таблицу 4.10). Показатели менялись достаточно равномерно.

#### 4.3.3 Оценка эффективности в подгруппе ВПТ при ГТР по данным психометрии

Таблица 4.11 Результативность психотерапии в подгруппе ВПТ при ГТР по данным психометрии (n=13)

	Данные до лечения		Данные по результатам лечения		p	d
	M	SD	M	SD		
SCL90 - DEP	1.7	0.9	0.9	0.6	0.04	1.14
SCL90 - ANX	1.4	0.7	0.5	0.3	0.003	1.64
SCL90 - GSI	1.2	0.5	0.6	0.3	0.004	1.40

Тест Спилбергера-Ханина – реактивная тревога	34.7	7.8	22.0	9.2	0.002	1.49
Тест Спилбергера-Ханина – личностная тревога	53.5	8.8	44.5	3.6	0.001	1.46
Шкала депрессии Бека	18.3	9.5	8.2	5.4	0.006	1.36
Шкала тревоги Тейлора	27.8	6.8	18.7	8.0	0.008	1.24
Пятифакторный опросник полноты осознания	3.8	0.6	4.1	0.8	0.3	
Шкала внимательности и осознанности	1.7	0.9	0.9	0.6	0.04	1.14

В подгруппе ВПТ при ГТР изменения по результатам лечения затрагивали все клинические психометрические шкалы с высоким уровнем статистической значимости. Наибольший размер эффекта наблюдался для шкал тревоги и общей тяжести симптоматики (SCL-90), шкал реактивной и личностной тревоги теста Спилбергера-Ханина ( $d$  от 1,4 до 1,64).

#### 4.3.4 Оценка эффективности в подгруппе РПФТ при ГТР по данным психометрии

Таблица 4.12 Результативность психотерапии в подгруппе РПФТ при ГТР по данным психометрии ( $n=10$ )

	Данные до лечения		Данные по результатам лечения		p	d
	M	SD	M	SD		
SCL90 - DEP	1.5	1.0	1.3	1.0	0.6	
SCL90 - ANX	1.7	1.3	1.5	1.3	0.6	
SCL90 - GSI	1.1	0.8	1.0	0.8	0.9	
Тест Спилбергера-Ханина – реактивная тревога	42.2	14.5	30.2	11.1	0.1	
Тест Спилбергера-Ханина – личностная тревога	55.6	10.7	52.2	8.3	0.3	
Шкала депрессии Бека	19.8	9.9	10.0	7.1	0.03	1.15
Шкала тревоги Тейлора	28.6	5.4	25.0	8.5	0.3	
Пятифакторный опросник полноты осознания	71.2	12.3	80.4	6.8	0.2	
Шкала внимательности и осознанности	3.7	0.5	4.3	0.6	0.1	

осознанности						
--------------	--	--	--	--	--	--

В подгруппе РПФТ при ГТР результативность терапии была гораздо ниже, изменениям подвергался только показатель депрессии (шкала депрессии Бека) при умеренном размере эффекта.

### **3.4.5 Клиническая динамика состояния при генерализованном тревожном расстройстве в группах ВПТ и РПФТ**

В подгруппе ВПТ при генерализованном тревожном расстройстве значительное улучшения наблюдалось у 10 пациентов, улучшение состояния – у 3. У резистентных к психофармакотерапии пациентов распределение по степени улучшения состояния было следующим: ЗУС – 3, УС – 4, НУС – 2, ОУС – 1. Средняя продолжительность лечения составила 13,1 и 18,8 сеансов для ВПТ и РПФТ, соответственно.

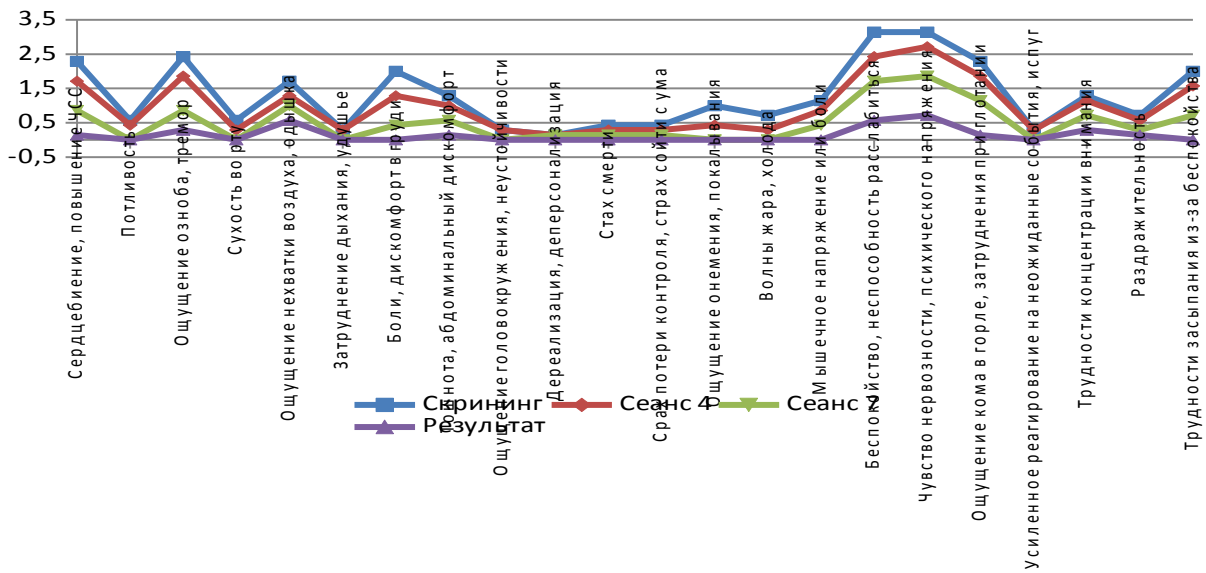
Различия в исходных данных групп ВПТ и РПФТ были статистически значимыми для 5 симптоматических показателей (см. таблицу 4.13, графики 4.9, 4.10). Группы различались по шкалам: потливость, ощущение головокружения, волны жара, холода (средние значения выше в группе РПФТ), тошнота или абдоминальный дискомфорт, ощущение кома в горле (средние значения выше в группе ВПТ). Степень осознаваемого контроля текущего состояния была выше в группе ВПТ. Различия исходного спектра симптоматики были хорошо видны на графиках. В группе ВПТ пики соответствовали симптомам сердцебиения, тремора, ощущения нехватки воздуха, боли или дискомфорта в груди, беспокойства или неспособности расслабиться, чувства нервозности или психического напряжения, трудности засыпания из-за беспокойства. В этой группе исходно были представлены все симптомы диагностических критериев МКБ-10. В группе РПФТ наибольшие исходные значения наблюдались для показателей сердцебиения, тремора, ощущения головокружения, волны жара или холода, беспокойства или

неспособности расслабиться, чувства нервозности или психического напряжения, трудности засыпания из-за беспокойства. В то же время, симптомы затруднения дыхания, тошноты или абдоминального дискомфорта, дереализации, страха потери контроля, в этой группе не встречались. Группы также различались по показателю степени осознаваемого контроля текущего состояния. Основными симптомами в обоих случаях были сердцебиение, тремор, беспокойство или неспособность расслабиться, чувство нервозности или психического напряжения, трудности засыпания из-за беспокойства.

Динамика состояния представлена в таблицах 4.14, 4.15, на графиках 4.9, 4.10. В группе ВПТ за период первых 4 сессий статистически значимо менялись 8 показателей из 22. К 7-й сессии изменения касались 13 симптомов. Динамика была достаточно равномерной, максимальной в середине психотерапевтического процесса. При этом на момент окончания исследования полностью регрессировали 13 показателей, средние значения для 19 симптомов были ниже 0,5. Таким образом, показатели опускались ниже субклинического уровня. В процессе лечения статистически значимо менялись показатели всех четырех шкал критериальной оценки эффективности психотерапии.

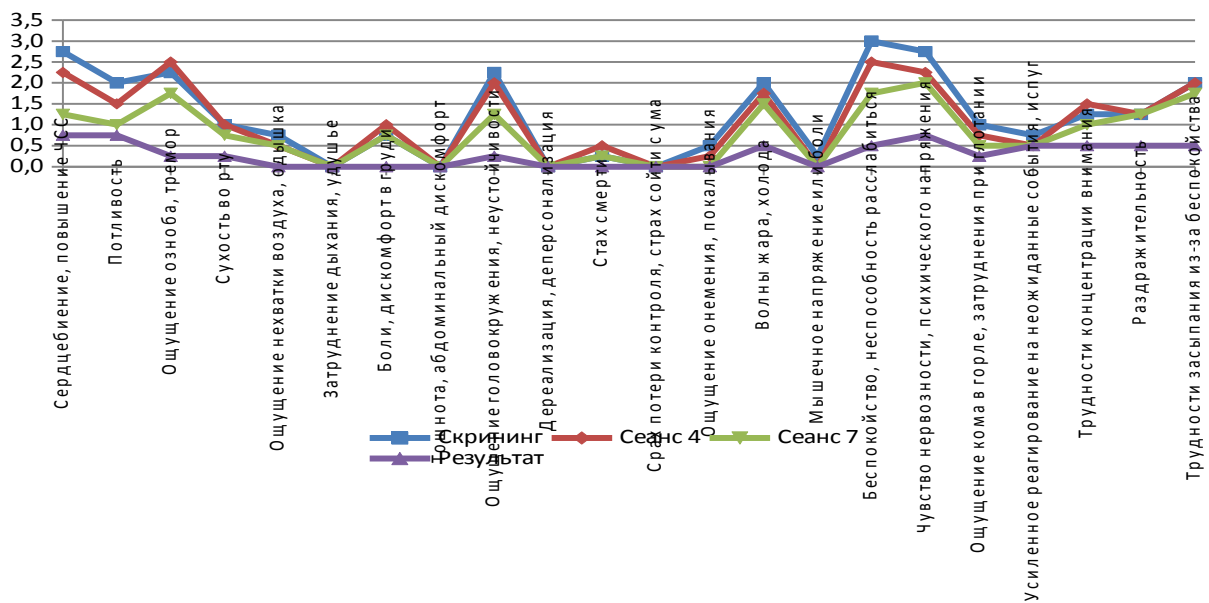
В группе РПФТ статистически значимые изменения в период первых 4 сеансов отсутствовали. После 7-го сеанса менялись значения 5 показателей: сердцебиение, потливость, ощущение головокружения, беспокойство или неспособность расслабиться, чувство нервозности или психического напряжения. На момент окончания лечения изменения затрагивали 8 показателей, 5 – приобретали нулевые значения. Значения показателей в среднем находились на субклиническом уровне. Основная динамика в этой группе происходила после 7-го сеанса. Статистически значимая динамика значений критериальной оценки эффективности психотерапии отсутствовала.

График 4.9 Динамика клинических показателей при ГТР в группе ВПТ



\* - изменения на момент 4-й сессии,  $p < 0,05$ ; \*\* - изменения на момент 7-й сессии,  $p < 0,05$

График 4.10 Динамика клинических показателей при ГТР в группе РПФТ



\* - изменения на момент 4-й сессии,  $p < 0,05$ ; \* - изменения на момент 7-й сессии,  $p < 0,05$

График 4.11 Критериальная оценка текущей/итоговой эффективности психотерапии при ГТР в группе ВПТ

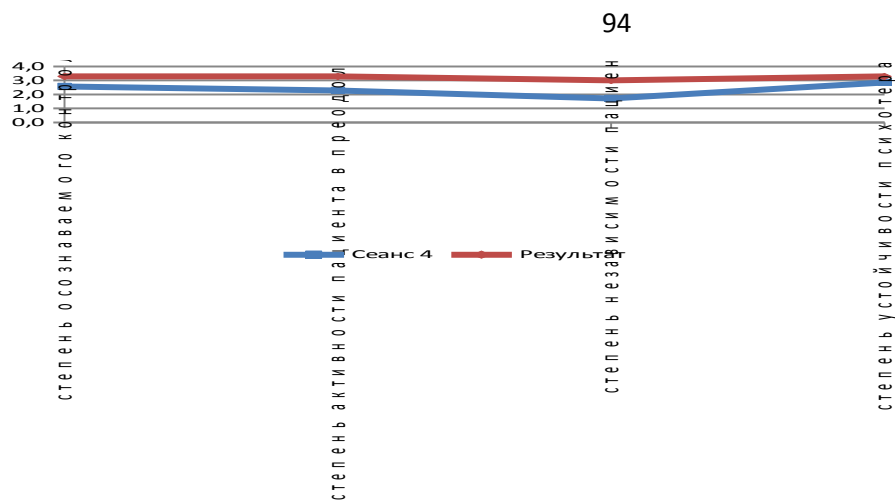
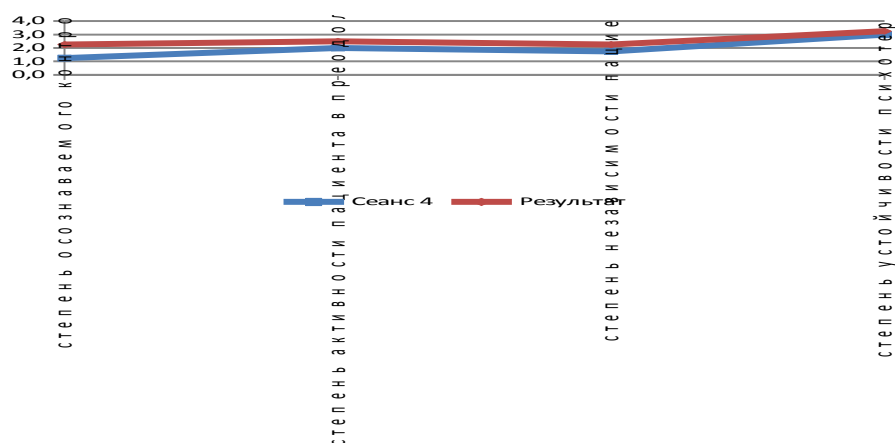


График 4.12 Критериальная оценка текущей/итоговой эффективности психотерапии при ГТР в группе РПФТ



По данным критериальной оценки эффективности психотерапии в подгруппе ВПТ при ГТР изменениям подвергались все 4 показателя, наибольшие изменения отмечались для показателя степени независимости пациента от психотерапевта и степени активности пациента в преодолении болезненного расстройства (см. графики 4.11, 4.12, таблицы 4.14, 4.15). В подгруппе РПФТ изменений в этих показателях не наблюдалось.

#### 4.5 Катамнестическая оценка результативности когнитивно-ориентированной психотерапии тревожных расстройств при ПР и ГТР.

Катамнестическая клиническая оценка проводилась через 2 года после окончания курса лечения. Для оценки состояния использовалась системная

шкала качественно-количественной оценки эффективности психотерапии. Данные о состоянии здоровья удалось собрать у 51 человека (см. таблицу 4.16). По данным катamnестической оценки состояние улучшилось у 8 пациентов, состояние 2 пациентов из группы незначительного улучшения через год было оценено как улучшение, состояние 6 пациентов группы улучшения квалифицировалось как значительное улучшение. В двух случаях из группы УС состояние за прошедшее время ухудшилось и квалифицировалось как НУС. Все пациенты, у которых улучшение отсутствовало, за прошедшее время обращались за психиатрической помощью без эффекта. Следует подчеркнуть, что у всех пациентов, отнесенных к градациям значительного улучшения и отсутствия улучшения, состояние за прошедшие 2 года не претерпело существенной динамики. По данным катamnестической 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. Полученные данные также подтверждают верность рассмотрения градаций улучшения состояния и незначительного улучшения как промежуточных, в противоположность градациям значительного улучшения и улучшения отражающим качественные различия.

Таблица 4.16 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

#### 4.6 Сравнение исходных психометрических параметров и эффективности психотерапии при ПР и ГТР

Использованный психометрический аппарат, обладающий универсальностью в отношении измерения параметров тревоги, позволяет провести сравнение исходных психометрических параметров при паническом и генерализованном тревожных расстройствах. При сравнении из анализа была исключена только шкала тревоги Шихана, специфичная для пароксизмальной тревоги. Данные сравнения представлены в таблице 4.17.

Таблица 4.17 Сравнение исходных данных психометрии при ПР и ГТР

	Группа ПР (n=29)		Группа ГТР (n=23)		p
	М	SD	М	SD	
SCL90 - DEP	1,79	0,77	1,61	0,93	
SCL90 - ANX	2,15	0,82	1,55	1,00	0,03
SCL90 - GSI	1,48	0,63	1,13	0,62	
Тест Спилбергера-Ханина – реактивная тревога	38,20	10,90	38,43	11,17	
Тест Спилбергера-Ханина – личностная тревога	57,20	9,53	54,55	9,74	
Шкала депрессии Бека	20,65	11,56	19,07	9,71	
Шкала тревоги Тейлора	27,15	6,26	28,22	6,10	
Пятифакторный опросник полноты осознания	72,19	9,73	70,36	9,80	
Шкала внимательности и осознанности	4,02	0,80	3,79	0,56	



Сравнение исходных показателей в группах ПР и ГТР выявило практически полное сходство по психометрическим показателям. Обнаруженные различия в уровне тревоги шкалы SCL-90, вероятно, являются следствием большей остроты состояния при ПР, при этом статистическая значимость различий была невысокой.

Клиническая эффективность КОПТ при ПР и ГТР также была сравнимой (см. Таблицу 4.18), различия наблюдались только в продолжительности лечения, которая была выше при ГТР.

#### 4.18 Клиническая оценка результатов терапии и продолжительность лечения

Параметр	Общая выборка n=52		Группа ПР n=29		Группа ГТР n=23	
	n	%	n	%	n	%
<b>Градация улучшения состояния</b>						
ЗУС	29	55,8	16	55,2	13	56,5
УС	18	34,6	12	41,4	6	26,1
НУС	3	5,8			3	13,0
ОУС	2	3,8	1	3,4	1	4,4
<b>Продолжительность лечения, сеансов (M, SD)</b>	13,5	5,14	11,93	4,09	15,64*	5,61

\* - статистически значимое различие между группами ПР и ГТР  $p=0,02$

Полученные в исследовании минимальные исходные психометрические различия и сходная клиническая эффективность когнитивно-ориентированной психотерапии при ПР и ГТР, традиция совместного рассмотрения этих расстройств, значение тревоги как синдрообразующего фактора позволяют нам в дальнейшем рассматривать эти расстройства совместно. В следующих разделах будет представлен анализ психометрических показателей в группах значительного улучшения состояния и улучшения состояния а также впервые проходивших терапию и резистентных к психофармакотерапии без деления по клиническому признаку. Такой анализ представляется нам необходимым для сравнения общей результативности КОПТ в группах ВПТ и РПФТ, поиска

качественных различий между группами ЗУС и УС и поиска предикторов эффективности психотерапии.

#### 4.7 Сравнение эффективности КОПТ в группах ВПТ и РПФТ

Результативность психотерапии была существенно выше в группе ВПТ, где 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 (16,7 и 11,5 сеансов для РПФТ и ВПТ, соответственно,  $p=0,0005$ ), при этом психофармакотерапия была полностью отменена у 14 из 20 пациентов. Данные об изменениях психометрических показателей по результатам лечения в этих группах представлены в таблицах 4.19 и 4.20

В группе ВПТ статистически значимым изменениям подвергались все симптоматически шкалы и показатели полноты осознания при очень высоком уровне статистической значимости и размере эффекта от умеренного до большого (от  $d=0,61$  до  $d=1,88$ ).

Таблица 4.19 Результативность психотерапии в подгруппе ВПТ без разделения по клиническому признаку ( $n=32$ )

	Данные до лечения		Данные по результатам лечения		p	d
	M	SD	M	SD		
SCL90 - DEP	1,59	0,66	0,67	0,41	0,000 1	1,71
SCL90 - ANX	1,69	0,75	0,63	0,43	0,000 1	1,78
SCL90 - GSI	1,20	0,43	0,55	0,26	0,000 1	1,88
Тест Спилбергера-Ханина – реактивная тревога	34,33	6,94	22,00	8,19	0,000 1	1,63
Тест Спилбергера-Ханина – личностная тревога	52,85	8,32	44,70	4,89	0,000 1	1,23

Шкала депрессии Бека	18,42	9,16	8,38	5,14	0,000 1	1,40
Шкала тревоги Тейлора	26,37	6,92	20,33	7,23	0,000 1	0,85
Пятифакторный опросник полноты осознания	71,27	7,26	80,85	7,95	0,000 1	1,26
Шкала внимательности и осознанности	3,85	0,72	4,27	0,66	0,000 1	0,61

Таблица 4.20 Результативность психотерапии в подгруппе РПФТ без разделения по клиническому признаку (n=20)

	Данные до лечения		Данные по результатам лечения		p	d
	M	SD	M	SD		
SCL90 - DEP	1,81	1,04	1,45	1,05		
SCL90 - ANX	2,01	1,07	1,37	1,05	0,005	0,60
SCL90 - GSI	1,42	0,82	1,08	0,83	0,02	0,41
Тест Спилбергера-Ханина – реактивная тревога	42,30	15,13	29,30	13,45	0,000 7	0,91
Тест Спилбергера-Ханина – личностная тревога	58,90	10,95	53,50	9,77	0,003	0,52
Шкала депрессии Бека	21,30	12,12	11,60	10,70	0,002	0,85
Шкала тревоги Тейлора	29,00	5,44	25,50	6,98	0,01	0,56
Пятифакторный опросник полноты осознания	71,28	12,28	79,40	9,52	0,008	0,74
Шкала внимательности и осознанности	3,97	0,63	4,40	0,69	0,000 3	0,66

В группе РПФТ менялись все сопоставляемые показатели, кроме уровня депрессии SCL-90, но уровень статистической значимости и размера эффекта был существенно ниже (от  $d=0,52$  до  $d=0,85$ ). Таким образом, с учетом исходной резистентности, психотерапию следует признать успешной в обеих группах.

#### 4.7 Группы значительного улучшения состояния и улучшения состояния; поиск предикторов эффективности ПТ

При сравнении групп ЗУС и УС, помимо клинических шкал и методик измерения полноты осознания, нами были использованы дополнительные психометрические инструменты: стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ – ММПИ) и опросник управления ресурсами для выздоровления (RRI). Биполярные шкалы опросника управления ресурсами для выздоровления были исключены из анализа, так как являются средним показателей двух других групп шкал (группы: факторы, способствующие выздоровлению, и факторы, препятствующие выздоровлению). В анализ не были включены пациенты, у которых динамика состояния отсутствовала (2 человека).

В группах ЗУС и УС проводилось сопоставление показателей шкал как между группами – группы сравнивались по показателям до лечения и после лечения, так и внутри групп для оценки результатов изменений. Дискриминантный анализ был применен для поиска предикторов эффективности психотерапии.

#### **4.6.1 Сравнение исходных психометрических показателей групп ЗУС и УС**

Для облегчения восприятия данные сравнения по методике RRI представлены отдельно.

При сравнении исходных данных психометрии в группах ЗУС и УС различий в показателях симптоматических шкал обнаружено не было (см. Таблицу 4.20). Статистически значимые различия наблюдались в показателях методики ММПИ, шкалы L (ложь), 1 (сверхконтроль), 5 (женственность/мужественность), 7 (тревожность), 9 (оптимистичность), (2-9). Все показатели, кроме шкалы 9, были выше в группе УС, уровень

статистической значимости колебался в пределах от  $p=0,03$  до  $p=0,0002$ , размер эффекта – от 0,43 до 1,13. Наибольший размер эффекта ( $d=1,13$ ) отмечался для показателя шкалы 5 (женственность/мужественность). Эти данные свидетельствуют о более гармоничном складе личности пациентов группы ЗУС, в том числе лучше сформированной половой идентичности.

Сравнение групп ЗУС и УС по данным опросника Управление ресурсами для выздоровления представлены в таблице 4.21. В группе шкал «Факторы, способствующие выздоровлению» различия касались всех шкал, кроме шкалы 7 и 9 (16 из 18 шкал). Уровень статистической значимости различий находился в пределах от  $p=0,02$  до  $p<0,0001$ , во всех случаях показатели шкал были выше в группе ЗУС. Выраженность различий была малой, умеренной и большой для разных показателей (от  $d_{\text{unb}}=0,54$  до  $d_{\text{unb}}=1,51$ ). Наиболее выраженными были различия по шкалам позитивное отношения к специалистам в области медицины (Шкала 6,  $d_{\text{unb}}=1,24$ ), принятие на себя ответственности за свое здоровье (Шкала 11,  $d_{\text{unb}}=1,19$ ), целостность (Шкала 16,  $d_{\text{unb}}=1,51$ ) и минимизация ущерба (Шкала 17,  $d_{\text{unb}}=1,17$ ), где выраженность различий была большой или находилась на границе большой выраженности.

Таблица 4.20 Сравнение исходных психометрических показателей в группах ЗУС и УС

Показатель	ЗУС	УС	Достоверность	$d_{\text{unb}}$
SCL-90-R				
DEP	1,80	1,51		
ANX	1,90	1,81		
GSI	1,34	1,24		
Тест Спилбергера-Ханина (STAI)				
Реактивная тревога	36,00	38,69		
Личностная тревога	55,31	54,85		
Шкала депрессии Бека (BDI)				
BDI	20,08	19,00		
Личностная шкала тревоги Тейлора (Tai)				
Tai	27,54	26,77		
Стандартизированный многофакторный метод исследования личности (MMPI)				
L (Ложь)	42,02	45,04	$p=0,03$	0,46
F (Достоверность)	63,48	63,05		

К (Коррекция)	50,17	52,40		
1 (Сверхконтроль)	62,22	71,93	p=0,002	0,93
2 (Пессимистичность)	74,82	81,75		
3 (Эмоциональная лабильность)	64,02	70,19		
4 (Импульсивность)	66,42	69,21		
5 (Женственность/мужественность)	41,61	56,77	p=0,0002	1,13
6 (Ригидность)	65,28	63,89		
7 (Тревожность)	70,86	78,32	p=0,03	0,66
8 (Индивидуалистичность)	70,66	76,90		
9 (Оптимистичность)	58,61	52,61	p=0,01	0,79
0 (Интроверсия)	57,36	61,31		
2-9	16,21	29,14		
Пятифакторный опросник полноты осознания (FFMQ-SF)				
Общий показатель	70,85	72,23		
Шкала внимательности и осознанности (MAAS)				
MAAS	3,85	3,94		

В группе шкал «Факторы, препятствующие выздоровлению» различия наблюдались только по шкале отсутствие целостности ( $p=0,04$ ), значения по которой были выше в группе ЗУС (высокие значения отражают высокую степень интеграции). Различия были выражены слабо ( $d_{\text{unb}}=0,50$ ).

Таблица 4.21 Сравнение исходных показателей управления ресурсами для выздоровления в группах ЗУС и УС

Показатель	ЗУС	УС	Достоверность	$d_{\text{unb}}$
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
<b>Факторы, препятствующие выздоровлению</b>				
1 Отсутствие контроля	37,84	35,48		
2 Негативное мышление	42,63	36,11		
3 Отсутствие устремлений	37,34	36,01		
4 Отсутствие стремления к знаниям	41,18	39,93		
5 Пренебрежение физическим состоянием	45,66	43,48		
6 Отрицательное отношение к специалистам в области медицины	43,18	40,62		
7 Негативные эмоции	36,86	37,61		
8 Негативные ожидания	37,16	32,21		
9 Ощущение ограниченных возможностей	37,80	39,37		
10 Поглощенность прошлым	39,63	37,69		
11 Зависимость от других	38,94	34,75		
12 Непродуктивное противостояние стрессу	34,54	32,54		
13 Непринятие	33,20	35,63		
14 Алекситимия	42,98	41,71		
15 Социальная изоляция	32,89	34,43		
16 Отсутствие целостности	42,67	37,72	p=0,04	0,50
17 Преувеличение ущерба	44,47	43,32		
18 Негативные ценности	36,69	33,84		

#### 4.6.2 Сравнение исходных клинических показателей в группах ЗУС и УС

Сравнение исходных клинических показателей при ПР в группах ЗУС и УС представлены в таблице 4.6 приложения. Статистически значимые различия наблюдались для симптомов сердцебиения, ощущения озноба, страха смерти, ощущения онемения. При этом наибольшие различия ( $p=0,008$ , выше в группе ЗУС) были характерны для показателя страха смерти, отражая большую остроту состояния в группе ЗУС. По данным критериальной оценки эффективности психотерапии различия обнаруживались для показателей осознаваемого контроля текущего

состояния, активности пациента в преодолении болезненного расстройства и независимости пациента от психотерапевта (все показатели выше в группе ЗУС).

При генерализованном тревожном расстройстве (таблица 4.13 приложения) различия обнаруживались для показателей дискомфорта в груди, тошноты, раздражительности; уровень статистической значимости был невысоким. Различия наблюдались также для показателя осознаваемого контроля текущего состояния. Таким образом, в исследовании не было обнаружено существенных различий в исходной клинической симптоматике между группами ЗУС и УС. Обнаруженные различия в показателях критериальной оценки эффективности психотерапии свидетельствуют о большем потенциале к терапевтическим изменениям пациентов группа ЗУС.

#### 4.6.3 Оценка изменений по результатам лечения в группах ЗУС и УС

В исследовании были обнаружены статистически значимые различия в продолжительности психотерапии групп ЗУС и УС (таблица 4.20). Средняя продолжительность составила 11,9 и 15,1 сеанс, соответственно ( $p=0,04$ ). Таким образом в группе ЗУС эффект развивался быстрее.

Таблица 4.20 Сравнение результатов изменения психометрических шкал в группах ЗУС и УС

Показатель	Степень улучшения состояния							
	ЗУС				УС			
	До	После	p	d	До	После	p	d
SCL-90-R								
DEP	1,80	0,63	<0,0001	1,4 6	1,51	1,24	0,02	0,3 2
ANX	1,90	0,88	<0,0001	1,0 3	1,81	0,98	0,0003	0,9 7
GSI	1,34	0,59	<0,0001	1,2 6	1,24	0,90	0,001	0,5 2
Тест Спилбергера-Ханина (STAI)								
Реактивная тревога	36,0 0	21,31	0,0001	1,4 8	38,6 9	28,30	0,0001	0,9 0
Личностная тревога	55,3	46,46	0,0002	1,0	54,8	49,77	0,001	0,4



	1			2	5			6
Шкала депрессии Бека (BDI)								
BDI	20,0 8	6,31	<0,0001	1,7 1	19,0 0	13,00	0,001	0,6 1
Личностная шкала тревоги Тейлора (Tai)								
Tai	27,5 4	20,46	<0,0001	1,0 3	26,7 7	24,69		
Стандартизированный многофакторный метод исследования личности (MMPI)								
L (Ложь)	42,0 2	47,01	0,0003	0,8 0	45,0 4	47,57		
F (Достоверность)	63,4 8	57,86	0,001	0,6 1	63,0 5	62,08		
K (Коррекция)	50,1 7	52,00			52,4 0	54,93		
1 (Сверхконтроль)	62,2 2	53,33	<0,0001	1,0 1	71,9 3	66,90		
2 (Пессимистичность)	74,8 2	58,57	0,0001	1,2 0	81,7 5	76,88		
3 (Эмоциональная лабильность)	64,0 2	54,48	<0,0001	0,8 6	70,1 9	67,13		
4 (Импульсивность)	66,4 2	59,33	0,002	0,6 3	69,2 1	67,37		
5 (Женственность/ мужественность)	41,6 1	39,27			56,7 7	52,13	0,03	0,2 7
6 (Ригидность)	65,2 8	55,34	<0,0001	1,1 3	63,8 9	61,00		
7 (Тревожность)	70,8 6	59,61	<0,0001	1,0 8	78,3 2	70,74	0,0004	0,7 5
8 (Индивидуалистичность)	70,6 6	59,89	0,0004	1,1 8	76,9 0	70,23	0,006	0,6 4
9 (Оптимистичность)	58,6 1	58,81			52,6 1	53,39		
0	57,3 6	52,13	0,009	0,6 8	61,3 1	57,96		
2-9	16,2 1	-0,24	0,0002	0,8 4	29,1 4	23,49		
Пятифакторный опросник полноты осознания (FFMQ-SF)								
Общий показатель	70,8 5	83,24	<0,0001	1,4 9	72,2 3	76,75	0,003	0,1 5
Шкала внимательности и осознанности (MAAS)								
MAAS	3,85	4,54	p<0,000 1	0,9 0	3,94	4,15	p=0,00 3	0,3 0

*Симптоматический опросник SCL-90.*

В группе ЗУС наблюдалось статистически значимое ( $p \leq 0,0001$ ) снижение показателей по всем шкалам с большим размером эффекта. Наибольшие изменения отмечались для шкалы депрессии ( $d_{unb}=1,46$ ). В группе УС также менялись все три показателя (уровень статистической значимости от  $p=0,02$  до  $p=0,0003$ ). При этом размер эффекта был существенно меньше – от незначительного до умеренного ( $0,32 - 0,97$ ), а наибольший размер эффекта был характерен для шкалы тревоги –  $0,97$ .

#### *Тест Спилбергера-Ханина*

В группе ЗУС происходило статистически значимое снижение показателей Реактивной тревоги ( $p=0,0001$ ,  $d_{unb}=1,48$ ) и Личностной тревоги ( $p=0,0002$ ,  $d_{unb}=1,02$ ). Показатель реактивной тревоги в ходе лечения менялся от умеренного до низкого, личностной тревоги от высокого до умеренного.

В группе УС показатели обеих шкал так же статистически значимо снижались ( $p=0,0001$  и  $p=0,001$ , соответственно), но размер эффекта был менее выраженным и оценивался как умеренный ( $d_{unb}=0,90$ ) для шкалы Реактивной тревоги и малый ( $d_{unb}=0,46$ ) для показателей Личностной тревоги. По результатам терапии показатель реактивной тревоги менялся от умеренного до низкого, показатель личностной тревоги оставался в пределах высоких значений.

#### *Шкала депрессии Бека*

В обеих группах, ЗУС и УС наблюдалось статистически значимое снижение показателя, однако, в группе ЗУС размер эффекта оценивался как большой ( $d_{unb}=1,71$ ), при этом конечные показатели соответствовали отсутствию депрессии. В то время как в группе УС размер эффекта был средним ( $d_{unb}=0,61$ ), а конечные показатели уровня депрессии соответствовали значениям субдепрессии.

#### *Личностная шкала тревоги Тейлора*

Показатель личностной тревоги статистически значимо ( $p < 0,0001$ ) снижался только в группе ЗУС. Размер эффекта оценивался как умеренный ( $d_{\text{unb}} = 1,03$ ). При этом исходно высокий уровень тревоги сменялся средним. В группе УС уровень тревоги оставался в пределах средних-высоких значений.

### *MMPI*

В группе ЗУС статистически значимые ( $p = 0,009 - < 0,0001$ ) изменения наблюдались по всем шкалам, кроме шкалы Коррекции, Мужественности/женственности и Оптимистичности (11 из 14). Размер эффекта находился в пределах от умеренного до большого. Наиболее выраженными были изменения по шкале Пессимистичности ( $d_{\text{unb}} = 1,20$ ), где размер эффекта оценивался как большой. При этом значения по шкале Лжи повышались, по всем остальным шкалам, где наблюдались статистические изменения – снижались.

В группе УС статистически значимо (от  $p = 0,03$  до  $p = 0,0004$ ) менялись показатели шкал Мужественности/женственности, Тревоги и Индивидуалистичности (3 из 14 шкал), размер эффекта находился в пределах от малого до умеренного. Наиболее выраженными были изменения показателей шкалы Тревоги ( $d_{\text{unb}} = 0,75$ ) и Индивидуалистичности ( $d_{\text{unb}} = 0,64$ ), где размер эффекта достигал уровня умеренного.

Таким образом, в группе ЗУС наблюдались массивные изменения, касающиеся почти всех личностных и симптоматических аспектов, выявляемых с помощью этой методики. В то время как в группе УС изменения носили избирательный характер и были менее выраженными.

### *Пятифакторная шкала полноты осознания*

В обеих группах наблюдалось статистически значимое повышение показателя полноты осознания. Однако, в группе ЗУС размер эффекта был существенно выше, чем в группе УС ( $d_{\text{unb}}=1,49$  и  $d_{\text{unb}}=0,15$ , соответственно)

*Шкала внимательности и осознанности (Mindful attention awareness scale)*

Показатель полноты осознания (mindfulness) по данной шкале статистически значимо повышался в обеих группах ( $p<0,0001$  и  $p=0,003$  для ЗУС и УС соответственно), размер эффекта в группе ЗУС достигал уровня умеренного ( $d_{\text{unb}}=0,90$ ) в то время как в группе УС находился на уровне малого ( $d_{\text{unb}}=0,30$ ).

*Управление ресурсами для выздоровления (RRI)*

Данные сравнения изменения показателей Управления ресурсами для выздоровления в группах ЗУС и УС представлены в таблице 4.21.

В группе шкал «Факторы, способствующие выздоровлению», при ЗУС повышались ( $p=0,01$  –  $p<0,0001$ ) значения по всем шкалам, кроме шкалы 6 (Положительное отношение к специалистам в области медицины) и 10 (Внимание к настоящему/будущему). Размер эффекта был умеренным, средний размер эффекта составлял 0,91.

Таблица 4.21 Сравнение результатов изменения показателей управления ресурсами для выздоровления

Показатель	Степень улучшения состояния							
	ЗУС				УС			
	До	После	p	d	До	После	p	d
Факторы, способствующие выздоровлению								
1 Поддержание контроля	64,0 1	70,70	0,002	0,8 0	58,2 8	61,36	0,001	0,3 9
2 Позитивное мышление	67,9 7	73,96	0,002	0,8 3	62,1 9	64,91	0,001	0,3 6
3 Целеустремленность	64,1 5	69,51	0,002	0,9 3	60,5 2	62,28	0,006	0,3 3
4 Стремление к осведомленности	65,4 1	71,64	0,001	0,8 3	59,3 1	61,09		
5 Внимательное отношение к своему здоровью	66,1 8	73,45	0,0002	1,1 7	60,5 2	62,43		
6 Положительное отношение к специалистам в области медицины	73,8 9	75,53			66,2 3	69,39	0,01	0,4 6
7 Позитивные эмоции	60,0 8	66,59	0,002	0,7 9	57,0 0	59,51		
8 Позитивные ожидания/надежды	70,5 8	75,85	0,006	0,7 9	65,7 8	68,77	0,03	0,4 1
9 Возможность выбора	61,5 2	68,85	0,001	1,0 8	58,5 6	60,52		
10 Ориентированность на настоящее/будущее	62,5 2	64,88			57,2 3	60,56	0,002	0,5 6
11 Ответственность за свои действия	65,3 9	73,11	0,0007	1,2 0	57,9 3	62,20	0,0003	0,6 2
12 Продуктивное противостояние стрессу	56,7 5	64,41	0,0005	1,1 4	50,8 6	55,12	0,0001	0,7 8
13 Принятие	56,0 9	62,65	0,001	1,0 0	49,4 9	52,93	0,001	0,6 7
14 Способность делиться эмоциями	60,7 0	65,97	<0,000 1	1,2 2	57,0 3	58,43		
15 Социальная поддержка	65,5 8	68,94	0,0006	0,5 1	62,4 0	62,95		
16 Целостность	65,4 2	70,56	0,002	0,7 5	57,2 0	61,16	0,001	0,6 6
17 Минимизация ущерба	66,8 8	72,25	0,0001	1,1 3	61,1 1	63,54	0,01	0,4 5
18 Позитивные ценности	68,6 9	71,88	0,01	0,4 8	37,0 0	36,18		
Средний показатель размера эффекта				0,9 1				0,5 2
Факторы, препятствующие выздоровлению								
1 Отсутствие контроля	37,8 4	54,95	<0,000 1	2,1 4	35,4 8	42,67	0,001	0,6 1

2 Негативное мышление	42,6 3	59,76	<0,000 1	1,9 8	36,1 1	42,48	0,01	0,5 2
3 Отсутствие устремлений	37,3 4	57,65	<0,000 1	2,3 1	36,0 1	43,24	0,0001	0,6 5
4 Отсутствие стремления к знаниям	41,1 8	56,58	<0,000 1	2,0 4	39,9 3	45,13	0,001	0,5 6
5 Пренебрежение физическим состоянием	45,6 6	52,60	0,002	1,2 6	43,4 8	45,52		
6 Отрицательное отношение к специалистам в области медицины	43,1 8	59,09	<0,000 1	2,0 9	40,6 2	47,73	0,0002	0,7 8
7 Негативные эмоции	36,8 6	61,66	<0,000 1	2,4 5	37,6 1	44,98	0,01	0,5 6
8 Негативные ожидания	37,1 6	57,50	<0,000 1	2,6 6	32,2 1	37,58	0,01	0,4 0
9 Ощущение ограниченных возможностей	37,8 0	52,73	<0,000 1	1,8 2	39,3 7	44,20	0,01	0,4 2
10 Поглощенность прошлым	39,6 3	51,55	<0,000 1	1,5 4	37,6 9	42,33	0,01	0,5 0
11 Зависимость от других	38,9 4	56,86	<0,000 1	1,7 3	34,7 5	44,79	0,0001	0,9 5
12 Непродуктивное противостояние стрессу	34,5 4	55,72	<0,000 1	2,8 6	32,5 4	39,37	0,02	0,5 8
13 Непринятие	33,2 0	55,32	<0,000 1	2,2 0	35,6 3	41,44	0,003	0,5 7
14 Алекситимия	42,9 8	61,31	<0,000 1	2,3 1	41,7 1	49,35	0,0001	0,7 1
15 Социальная изоляция	32,8 9	50,18	<0,000 1	1,7 1	34,4 3	39,68	0,0004	0,4 5
16 Отсутствие целостности	42,6 7	58,39	<0,000 1	2,4 2	37,7 2	41,28		
17 Преувеличение ущерба	44,4 7	62,12	<0,000 1	2,1 7	43,3 2	45,29		
18 Негативные ценности	36,6 9	49,07	<0,000 1	1,9 9	33,8 4	37,65		
Средний показатель размера эффекта				2,0 9				0,5 9

В группе шкал «Факторы, препятствующие выздоровлению» повышались показатели по всем шкалам (высокие показатели характеризуют положительный полюс шкал), статистическая достоверность изменения для всех шкал, кроме шкалы 5 составляла  $p < 0,0001$ , для шкалы 5 (Пренебрежение физическим состоянием)  $p = 0,002$ . Размер эффекта находился в пределах от

большого до очень большого, средний размер эффекта составлял 2,09, что соответствует очень большому эффекту.

Таким образом, наибольшие изменения в процессе терапии касались шкал «Факторы, препятствующие выздоровлению».

При улучшении состояния в группе шкал «Факторы, способствующие выздоровлению» статистически значимо повышались значения по шкалам 1-3 ( $p=0,006 - p=0,001$ ,  $d_{unb}=0,33-0,39$ ), шкале 6 ( $p=0,01$ ,  $d_{unb}=0,46$ ), шкале 8 ( $p=0,03$ ,  $d_{unb}=0,41$ ), шкалам 10-13 ( $p=0,002 - p=0,0001$ ,  $d_{unb}=0,56-0,78$ ) и шкалам 16-17 ( $p=0,001$  и  $p=0,01$ ,  $d_{unb}=0,66$  и  $d_{unb}=0,45$ , соответственно). Размер эффекта оценивался как умеренный, средний размер эффекта составлял 0,52.

В группе шкал «Факторы, препятствующие выздоровлению» наблюдались изменения по шкалам 1-4 ( $p=0,01 - p=0,0001$ ,  $d_{unb}=0,52-0,65$ ) и шкалам 6-15 ( $p=0,02 - p=0,0001$ ,  $d_{unb}=0,45-0,95$ ). Размер эффекта находился на уровне малого-умеренного, средний размер эффекта составлял 0,59 что соответствует уровню умеренного.

Изменения в группе УС касались в равной степени групп шкал «Факторы, способствующие выздоровлению» и «Факторы, препятствующие выздоровлению», при малом размере эффекта.

#### **4.6.4 Дискриминантный анализ данных в группах ЗУС и УС для поиска предикторов эффективности психотерапии**

При выполнении дискриминантного анализа в модель были включены переменные, для которых обнаруживалось статистически значимое различие в исходных показателях между группами ЗУС и УС (см. таблицы 4.18, 4.19). Корреляционная матрица для включенных в модель переменных представлена в таблице 4.22 приложения.

Как видно из данных таблицы показатели опросника RRI имеют высокий коэффициент корреляции по отношению друг к другу, что может исказить данные дискриминантного анализа. Для исключения влияния этого фактора нами был выбран вариант пошагового анализа с последовательным включением. Результаты представлены в таблице 4.23.

Таблица 4.23 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 модель было включено 3 показателя, наилучшим образом разграничивавших группы ЗУС и УС на момент начала лечения: целостность (RRI), мужественность/женственность (ММПИ) и позитивные ценности (RRI). При этом удавалось правильно классифицировать 80,8% случаев.

Обсуждение результатов настоящего исследования будет приведено в следующей главе.



## Глава 5 Обсуждение результатов исследования психотерапии тревожных расстройств

### 5.1 Введение

Терапия тревожных расстройств в настоящее время разрабатывается по двум основным направлениям психофармакотерапии и психотерапии. Накопление знаний о терапии ТР вызвало повышенный интерес к вопросам психофармакорезистентности, дополнительному использованию психофармакотерапии, либо психотерапии для ее преодоления. Существуют научно обоснованные аргументы в пользу использования обоих подходов, а так же их комбинации [178, 100, 144, 145, 69, 153, 155, 160, 162]. Каждая из концепций имеет в своей основе теоретические предпосылки для применения тех или иных методик. В основу последних международных классификаций положена теория о стрессовом генезе тревожных расстройств. Имея в своей основе интегративную теорию гипноза, представление об эустрессовом биологическом воздействии гипнотерапии [36, 40, 172], когнитивно-ориентированная психотерапия тревожных расстройств позволяет по-новому взглянуть на вопрос лечения тревожных расстройств в том числе при преодолении психофармакорезистентности. Важность стрессовых механизмов в развитии тревожных расстройств подтверждается и тем, что при анализе рассматриваемых случаев ПР и ГТР ни в одном из них не было выявлено связи заболевания с четко очерченным психотравмирующим фактором, что соответствует данным литературы [21, 28, 31]. Заболевание манифестировало на фоне долговременных стрессовых воздействий, носивших, чаще всего, смешанный характер. Стрессовые воздействия в рассматриваемых случаях находились как в области психического стресса и касались семейной, профессиональной сфер, сферы межличностных

взаимодействий, так и в области соматического стресса, когда реакция запускалась соматическими заболеваниями и употреблением психоактивных веществ (алкоголь, никотин).

## **5.2 Результаты применения экспериментального дизайна контроля листа ожидания и качественно-количественной шкалы оценки эффективности психотерапии**

Рандомизированные плацебо-контролируемые испытания за время своего применения в целом показали свою состоятельность в качестве методов определения эффективности лекарственных средств и подходов к терапии. Трудности, возникающие при применении РКИ в исследованиях эффективности психотерапии, предлагается решать по двум основным направлениям: 1) оставаясь в рамках доказательной медицины; 2) обращаясь к более ранним моделям изучения результативности терапии. Отказ от методов доказательной медицины, с нашей точки зрения, не является оправданным.

В результате анализа литературы и теоретических изысканий, для данного исследования нами выбран дизайн контроля листа ожидания с перекрестной оценкой (КЛО) в сочетании с системной качественно-количественной оценкой исходов терапии. Этот вариант дизайна позволяет проводить оценку результативности, оставаясь в рамках доказательного подхода, и обладает рядом преимуществ, по сравнению с рандомизированными плацебо-контролируемыми испытаниями. Применение КЛО позволяет избежать этических и практических ограничений, связанных с процессом рандомизации. Проведение терапии в контрольной группе облегчает набор пациентов в исследование и позволяет увеличить размер выборки за счет объединения контрольной группы и группы воздействия. Важным преимуществом является отсутствие плацебо-контроля, что

позволяет решить методологически спорный вопрос поиска психотерапевтического эквивалента плацебо.

Из принявших участие в исследовании 52 человек, 25 первоначально были включены в группу контроля листа ожидания. Таким образом, на этапе анализа данных группа воздействия составляла 52 случая, группа контроля – 25, что позволило почти в полтора раза увеличить общее число анализируемых случаев. При анализе групп контроля листа ожидания и немедленного начала лечения различий между показателями симптоматических опросников на момент начала терапии обнаружено не было. Клинические исходы у пациентов, первоначально распределенных в группу КЛЮ, были сравнимы с таковыми у испытуемых, приступивших к лечению сразу после включения. Таким образом, контроль листа ожидания может применяться в качестве контроля при исследованиях эффективности психотерапии, позволяя получать стандартные данные в формате доказательной медицины.

Еще одним актуальным вопросом в современных исследованиях психотерапии является вопрос оценки полученных результатов. Общепринятым является алгоритм, когда статистическому анализу подвергается весь массив данных, т.е. проводится усредненная оценка результата для всех пациентов выборки. Такой вариант позволяет получать данные об эффективности, удовлетворяющие требованиям практической медицины, но ограничивающие возможность исследования рассматриваемых состояний. При исследовании эффективности психотерапии тревожных расстройств, где возможны принципиально различные исходы терапии (от полного выздоровления до отсутствия улучшения), поиск различий между различными вариантами исходов лечения является необходимой исследовательской задачей, позволяющей изучать факторы, влияющие на эффективность психотерапии.

Для разделения выборки пациентов по признаку улучшения состояния нами использовалась качественно-количественная шкала эффективности психотерапии [40, 42]. Данная методика позволила выделить качественно отличающиеся группы значительного улучшения состояния и частичного улучшения состояния с дополнительной количественной оценкой степени частичного улучшения состояния. Использованный способ оценки позволил обнаружить исходные различия между группами значительного улучшения и улучшения состояния, выявить предикторы эффективности психотерапии (подробнее далее в тексте).

Примененный экспериментальный дизайн контроля листа ожидания с перекрестной оценкой в сочетании с качественно-количественной оценкой эффективности психотерапии показал свою эффективность в исследовании результативности психотерапии тревожных расстройств. Полученные с помощью использованного алгоритма данные не только применимы для оценки результативности методики, но и позволили получить важные сведения о течение и механизмах терапии тревожных расстройств.

### **5.3 Особенности клиники и динамики терапии у больных ПР и ГТР**

Проведенное исследование показало разную представленность симптоматических критериев МКБ-10 при исследуемых расстройствах. При ПР клиническая картина характеризовалась в основном следующими симптомами: сердцебиения и повышения ЧСС, потливости, ощущения озноба или тремором, ощущением нехватки воздуха, затруднением дыхания или удушьем, страхом смерти. Симптомы сухости во рту, боли или дискомфорта в груди, ощущения головокружения или неустойчивости, волн жара или холода в исследуемой выборке были представлены незначительно, и не вносили существенного вклада в клиническую картину. Показатели

тошноты или абдоминального дискомфорта, дереализации или деперсонализации, страха потери контроля или страха сойти с ума, ощущения онемения или покалывания были малоинформативны.

В группе ГТР профиль симптоматики был более вариативным. В клинической картине явно доминировали симптомы сердцебиения, ощущения озноба или тремора, беспокойства или неспособности расслабиться, чувства нервозности или психического напряжения. В средней степени были представлены симптомы потливости, ощущения нехватки воздуха или одышки, боли или дискомфорта в груди, волн жара или холода, ощущения кома в горле или трудности при глотании, нарушения концентрации внимания и трудности засыпания из-за беспокойства. Эти показатели встречались в исследуемой выборке реже и были менее выраженными. Пять из 23 симптомов, указанных в исследовательских критериях МКБ-10, не участвовали в формировании клинической картины, это были: затруднение дыхания или удушье, дереализация или деперсонализация, страх смерти, страх потери контроля или страх сойти с ума, усиленное реагирования на неожиданные события или испуг.

**Динамика состояния при ПР** характеризовалась акцентом на первой половине работы, когда происходили наибольшие изменения показателей симптоматики (см. график 5.1). За период первых 7 сессий прекращение приступов паники наблюдалось у 21 пациента – 74%. По данным критериальной оценки эффективности психотерапии первые 2 показателя (степень осознаваемого контроля текущего состояния и степень активности пациента в преодолении болезненных расстройств) менялись незначительно, наиболее существенно менялся показатель степени независимости пациента от психотерапевта.

В подгруппах ВПТ и РПФТ при ПР различия в динамике касались не только амплитуды изменения симптоматических шкал, но времени наступления изменений (см. графики 5.2, 5.3). В подгруппе ВПТ динамика

была наибольшей в первой половине лечения, последующие изменения были незначительны. Подгруппа РПФТ характеризовалась выраженной начальной динамикой, ее замедлением в середине терапевтического процесса и значимыми изменениями в завершающей стадии лечения. В связи с необходимостью наблюдения пациентов на протяжении нескольких сессий для определения параметров критериальной оценки эффективности психотерапии оценка параметров шкалы производилась на 4-м сеансе и по окончании лечения. Таким образом, значения на момент 4-го сеанса уже являлись результатом динамики состояния. В подгруппе ВПТ уже при первичной оценке (сеанс 4) наблюдались очень высокие значения степени осознаваемого контроля текущего состояния и степени активности в преодолении болезненных расстройств, в дальнейшем эти показатели не претерпевали статистически значимых изменений. Степень независимости пациента от психотерапевта значимо нарастала к концу лечения, почти достигая максимально возможного значения, характеризуя полный выход пациентов из терапевтического процесса. Психотерапевтический контакт формируясь к 4-му сеансу в дальнейшем оставался стабильно высоким. Изменение показателей критериальной оценки эффективности психотерапии в подгруппе РПФТ было более равномерным. При оценке на 4-м сеансе все показатели, кроме степени устойчивости психотерапевтического контакта были значительно ниже таковых в группе ВПТ. В дальнейшем происходило их значимое увеличение, совпадающее с динамикой симптоматики, но конечные значения все равно были ниже значений в группе ВПТ для 4-го сеанса.

**Основная динамика состояния при ГТР** приходилась на середину терапевтического процесса (см. график 5.4). Наиболее значимые изменения показателей симптоматических шкал происходили в период с 4-го по 7-й сеансы. 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. За период лечения статистически значимым изменениям подвергались все 4 показателя критериальной оценки эффективности психотерапии, наблюдалось равномерное повышение их значений за период с сеанса 4 до завершения исследования.

Динамика состояния в подгруппах ВПТ и РФПТ группы ГТР значимо различалась (см. графики 5.5, 5.6). В подгруппе ЗУС после начальной незначительной динамики отмечался резкий спад выраженности симптоматики между сеансами 4 и 7, замедление динамики между 7-м и 11-м сеансами и ускорение нарастания изменений в конце лечения. Для подгруппы РФПТ было характерно более равномерное и менее выраженное снижение уровня симптоматики. Существенные различия были обнаружены в динамике показателей критериальной эффективности психотерапии. В подгруппах ВПТ и РФПТ на момент первой оценки (сеанс 4) показатели степени осознаваемого контроля текущего состояния, степени активности пациента в преодолении болезненных расстройств и степени независимости пациента от психотерапевта находились на уровне средних значений. Различия наблюдались только для степени осознаваемого контроля текущего состояния, значение которой было статистически значимо ниже в подгруппе РФПТ. По этим трем показателям в подгруппе ВПТ наблюдались значимые изменения, в то время как в подгруппе РФПТ ни один из показателей не менялся. Степень устойчивости психотерапевтического контакта оставалась достаточно высокой в процессе лечения.

График 5.1 Динамика средних значений выраженности симптоматики при ПР в общей выборке

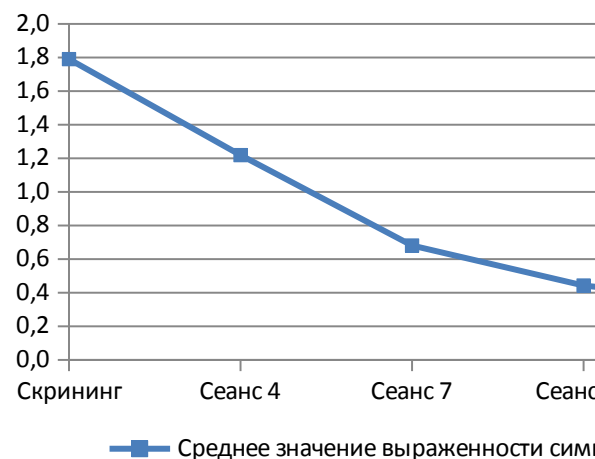


График 5.2 Динамика средних значений выраженности симптоматики при ПР в подгруппе ВПТ

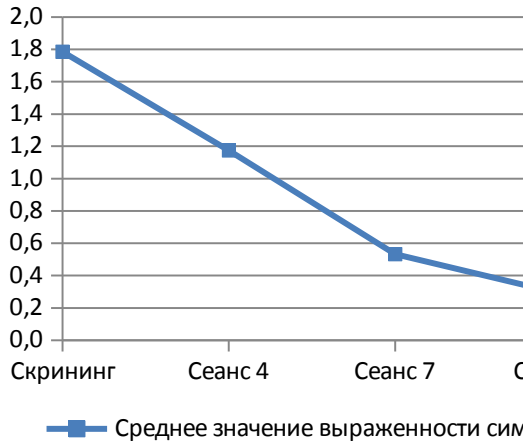


График 5.3 Динамика средних значений выраженности симптоматики при ПР в подгруппе РПФТ

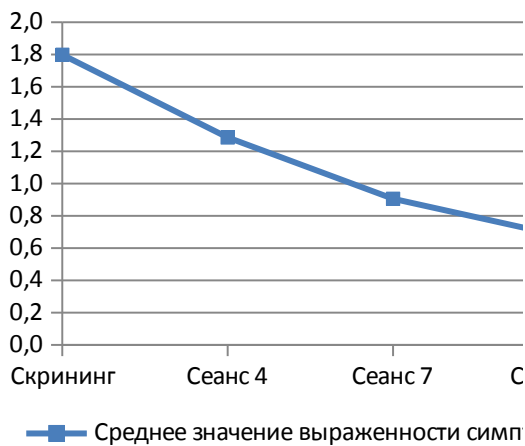


График 5.4 Динамика средних значений выраженности симптоматики при ГТР в общей выборке

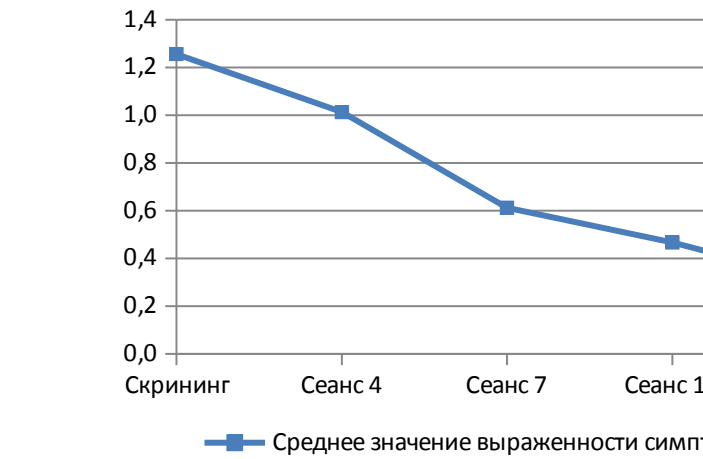


График 5.5 Динамика средних значений выраженности симптоматики при ГТР в подгруппе ВПТ

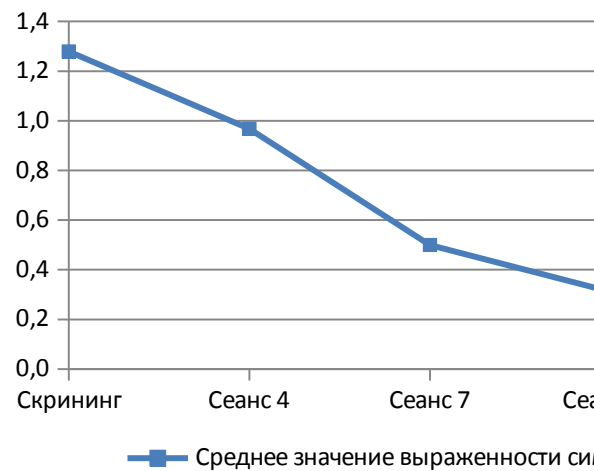
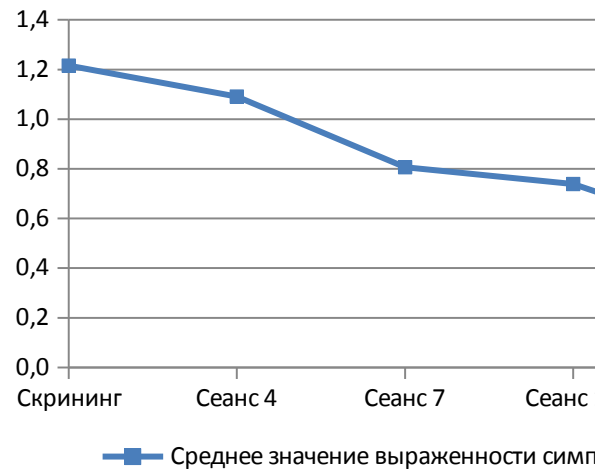


График 5.6 Динамика средних значений выраженности симптоматики при ГТР в подгруппе РПФТ



симптоматики при ГТР в подгруппе  
РПФТ



Таким образом, были обнаружены существенные различия в динамике терапии между группами ПР и ГТР. 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 (между скринингом и сеансом 4), а в группе ГТР в этот период они были незначительны. Изменения показателей критериальной оценки эффективности психотерапии в группах ПР и ГТР при общей оценке были сходными. При оценке подгрупп обнаруживались существенные различия.

Наибольшие исходные различия подгрупп ВПТ и РФПТ при ПР касались показателей степени осознаваемого контроля текущего состояния, степени активности пациента в преодолении болезненных расстройств и степени независимости пациента от психотерапевта. При ГТР эти подгруппы различались по показателю степени осознаваемого контроля текущего состояния.

Общей характеристикой динамики как для ПР, так и для ГТР были наибольшие изменения исходно более выраженных показателей. Динамика состояния при ПР и ГТР имела принципиальные различия, выражающиеся в задержке наступления улучшения на первом этапе лечения, замедлении динамики в середине психотерапевтического процесса при ГТР. Полученные данные 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.

Различия в исходных показателях критериальной оценки эффективности психотерапии и их динамике указывают на различный потенциал к терапевтическим изменениям у больных ПР и ГТР. Больные ПР, впоследствии достигшие значительного улучшения состояния, были более мотивированы на быстрое восстановление, обнаруживали большую активность в процессе психотерапии, в то время как для больных ГТР характерна более пассивная исходная позиция с возрастающей активностью в процессе лечения.

#### **5.4 Клиническая эффективность психотерапии у впервые проходивших терапию и резистентных к психофармакотерапии при расстройствах тревожного спектра**

При совместной оценке результативности проводимое лечение показало высокую эффективность. Показатели размера эффекта по ключевым клиническим шкалам при оценке всей выборки находились в пределах от  $d_{\text{unb}}=0,87$  до  $d_{\text{unb}}=1,28$ , что соответствует среднему – большому размеру эффекта. При таком варианте анализа наблюдались статистически значимые изменения показателей по данным всех использованных психометрических методик при малом-среднем размере эффекта. В целом, результативность как у впервые проходивших терапию, так и у пациентов резистентных к психофармакотерапии была высокой. Состояние 29 пациентов (55,8%) общей выборки после лечения было оценено как полное выздоровление, 19 человек

(36,5%) достигли улучшения состояния, состояние 2 человек (3,8%) было оценено как незначительное улучшение, клиническая картина у 2 человек (3,8%) не претерпела изменений в ходе терапии (см. таблицу 5.1). То есть, на момент окончания лечения состояние 47 человек (91,4%) нельзя было более квалифицировать как психическое расстройство по МКБ-10.

Таблица 5.1 Клиническая оценка результатов когнитивно-ориентированной психотерапии в группах ПР и ГТР

Градация улучшения состояния	ПР (n=29)			ГТР (n=23)		
	Всего	Подгруппа ВПТ (n=19)	Подгруппа РПФТ (n=10)	Всего	Подгруппа ВПТ (n=13)	Подгруппа РПФТ (n=10)
ЗУС	16	12	4	13	10	3
УС	12	7	5	7	3	4
НУС				2		2
ОУС	1		1	1		1

Таблица 5.2 Катамнестическая 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

Катамнестическая клиническая оценка проводилась через 2 года после окончания курса лечения. Данные о состоянии здоровья удалось собрать у 51 человека (см. таблицу 5.2). По данным катамнестической оценки состояние улучшилось у 8 пациентов, состояние 2 пациентов из группы

незначительного улучшения через год было оценено как улучшение, состояние 6 пациентов группы улучшения состояния квалифицировалось как значительное улучшение. В двух случаях из группы УС состояние за прошедшее время ухудшилось и квалифицировалось как НУС. Все пациенты, у которых улучшение отсутствовало, за прошедшее время обращались за психиатрической помощью без эффекта. По данным катamnестической 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.

Таблица 5.3 Сравнение когнитивно-ориентированной психотерапии и методик третьей волны когнитивной психотерапии.

Автор	Диагноз	Методика	Показатели	d
Evans 2008	ГТР	МВСТ	Тревога	0,98
			Депрессия	0,56
			МААС	0,78
Finucane 2006	ТР, БДР	МВСТ	Тревога	0,72
			Депрессия	1,38
Kabat-Zinn 1992	ТР	MBSR	Тревога	0,91
			Депрессия	0,78
			SCL-90 GSI	0,72
Vollestad 2011	ТР	MBSR	Тревога	0,79
			Депрессия	0,93
			SCL-90 GSI	0,90
			FFMQ	0,64
Тукаев, Кузнецов 2015	ПР, ГТР	КОПТ	Тревога	1,17
			Депрессия	0,99
			SCL-90 GSI	0,89
			FFMQ	0,99

			MAAS	0,63
--	--	--	------	------

МВСТ – когнитивная психотерапия на основе полноты осознания, MBSR – медитация полноты осознания, КОПТ – когнитивно-ориентированная психотерапия, MAAS – шкала внимательности и осознанности, FFMQ – пятифакторная шкала полноты осознания.

Нами было проведено сравнение полученных результатов терапии тревожных расстройств с результатами подобных исследований, проведенных в США и европейских странах. Результаты сравнения представлены в Таблице 5.3.

Из представленных данных видно, что в нашем исследовании размер эффекта для клинических шкал сопоставим с таковыми в зарубежных исследованиях. То же относится и к шкалам полноты осознания.

Для выявления различий в клинической эффективности и изучения предикторов эффективности терапии был проведен анализ данных с разделением на группы.

### **5.3.1 Группы панического расстройства и генерализованного тревожного расстройства**

В литературе отмечена недостаточная эффективность имеющихся психотерапевтических подходов для лечения ГТР [90]. Многие современные методики ставят своей задачей лечение именно этого расстройства [72, 142, 161, 180]. Большая часть этих способов лечения имеет в своей основе концепцию полноты осознания, принимая полноту осознания как необходимую характеристику для восстановления психического благополучия при этом расстройстве [142, 161, 180]. В данном исследовании была проведена сравнительная оценка эффективности когнитивно-ориентированной психотерапии тревожных расстройств при ПР и ГТР.

Клиническая результативность лечения в группах ПР и ГТР была сходной. Амплитуда изменения клинических шкал была выше в группе ПР. Средний размер эффекта для шкал SCL-90 составлял 1,63 в группе ПР и 0,96 в группе ГТР. По основным клиническим шкалам средний размер эффекта был равен 1,09 и 0,78 для групп ПР и ГТР соответственно. Шкалы полноты осознания в большей степени реагировали при ГТР, размер эффекта для общего показателя FFMQ 0,78 и 1,20 (для ПР и ГТР).

Полученные результаты свидетельствуют о сходных эффектах применения когнитивно-ориентированной психотерапии тревожных расстройств при ПР и ГТР. Несмотря на общую методологию психотерапевтического процесса, пациенты с ПР и ГТР реагировали на терапию по-разному. Реадаптация протекала по специфическим для двух различных расстройств механизмам. В имеющейся выборке восстановление при ГТР задействовало меньшее число личностных механизмов, изменения носили точечный, но достаточно высокоамплитудный характер. Эффективность когнитивно-ориентированной психотерапии тревожных расстройств была высокой как при ПР, так и при ГТР. Высокая эффективность при ГТР, с нашей точки зрения, объясняется задействованием в процессе психотерапии механизмов полноты осознания, что подтверждается данными психометрии.

### **5.3.2 Группы впервые проходящих терапию и резистентных к психофармакотерапии**

Существующие на данный момент исследования демонстрируют противоречивые данные об эффективности психотерапии при психофармакорезистентных формах тревожных расстройств [116, 160, 167]. В данной работе 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. таблицу 5.1). 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 (16,7 и 11,5 сеансов для РПФТ и ВПТ, соответственно,  $p=0,0005$ ). Фактор клинической дефиниции расстройства не влиял на эффективность при фармакорезистентности, различий в клинической эффективности лечения при ПР и ГТР в подгруппах ВПТ и РПФТ обнаружено не было.

### **5.5 Группы значительного улучшения состояния и улучшения состояния и поиск предикторов эффективности психотерапии тревожных расстройств**

Анализ психометрических показателей в группах ЗУС и УС после лечения показал принципиальное сходство результатов по клиническим шкалам, отличия по ним носили количественный характер. Наибольшие различия между группами касались дополнительных шкал, по которым были найдены качественные отличия, как в исходных данных, так и в изменении показателей по результатам психотерапевтического воздействия.

Основные отличия ( $d_{unb}>0,6$ ) в исходных данных между группами ЗУС и УС касались показателей СМИЛ и показателей группы шкал «Факторы, способствующие выздоровлению» методики Управление ресурсами для выздоровления (RRI). В последнем случае наибольшие различия ( $d_{unb}>1,13$ ) были обнаружены по данным шкал 6 (Положительное отношение к специалистам в области медицины), 11 (Ответственность за свои действия),

13 (Принятие), 16 (Целостность), 17 (Минимизация ущерба). По данным методики СМИЛ существенные различия наблюдались для шкал 1 (Сверхконтроль), 5 (Мужественность-женственность –  $d_{unb}=1,13$ ), 7 (Тревожность), 9 (Оптимистичность).

Полученные данные свидетельствуют о более гармоничном развитии личности у пациентов в группе ЗУС, в том числе о лучше сформированной половой идентификации и более активной личностной позиции.

Наибольший интерес представляют различия в исходных показателях группы шкал «Факторы, способствующие выздоровлению» методики Управление ресурсами для выздоровления. Более высокие исходные показатели в группе ЗУС в целом согласуются с представлением о психотерапевтическом процессе. Важное значение для последующего положительного исхода имеет положительное отношение пациента к получаемому лечению и специалистам, оказывающим помощь. Различия по шкале 11 (Ответственность за свои действия) подтверждают распространенный в психотерапии тезис о необходимости принятия на себя ответственности пациентом за свои действия в процессе лечения и последующий результат. Вместе с предыдущими, высокие показатели по шкалам 13 (Принятие), 16 (Целостность), 17 (Минимизация ущерба) характеризуют более целостное, адаптивное восприятие себя и жизни, необходимое для дальнейшего полного выздоровления.

Значительные различия между группами ЗУС и УС по шкалам «Факторы, способствующие выздоровлению», при отсутствии таковых по шкалам «Факторы, препятствующие выздоровлению», свидетельствуют о ведущем значении первых в формировании эффекта значительного улучшения состояния.

Принципиальные различия наблюдались и в изменениях исследуемых шкал в процессе лечения. В группе ЗУС изменения затрагивали гораздо



большее число шкал, амплитуда реагирования была значимо выше. Так, средний размер эффекта для шкал SCL-90 составлял 1,04 и 0,54, для MMPI – 0,96 и 0,55, для RRI – 1,62 и 0,53, в группах ЗУС и УС, соответственно. Для ключевых клинических шкал (SCL-90 DEP, ANX, GSI, STAI-S, STAI-T, BDI, ShARS) средний размер эффекта равнялся 1,38 для группы ЗУС и 0,65 для группы УС.

Полученные данные свидетельствуют о более значительных, целостных личностных и симптоматических изменениях в группе ЗУС, затрагивающих, в том числе, напрямую не связанные с симптоматикой характеристики.

Проведенный дискриминантный анализ позволил выявить показатели, наилучшим образом разграничивающие группы ЗУС и УС по исходным данным. Таковыми стали «целостность» опросника RRI, шкала мужественности/женственности MMPI 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. Данное положение требует дальнейшего изучения, для подтверждения полученных результатов требуется их проверка на большей выборке пациентов, стандартизация опросника управление ресурсами для выздоровления. Дополнительный интерес представляет изучение предикторов эффективности психофармакотерапии при тревожных расстройствах.

## **5.6 Механизмы когнитивно-ориентированной психотерапии тревожных расстройств**

Полученные данные позволяют сформулировать 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.

Для объяснения динамики состояния в случае разделения пациентов по критерию улучшения состояния наилучшим образом подходит модель системы психологической адаптации личности (СПАЛ), разработанная Р.Д.Тукаевым [40, 172, 173]. СПАЛ рассматривается как спонтанный активный гомеостатический механизм, сформированный в процессе онтогенеза, образующий иерархию, включающую механизмы адаптации от наиболее ранних, примитивных, до наиболее поздних, сложных, индивидуализированных. Данная концепция содержит следующие положения: 1) наличие радиальной структуры слоев-уровней иерархической организации адаптационных механизмов, образующих вокруг некоего личностного «ядра» условную сферу; 2) существование связей в пределах каждого уровня и между уровнями; 3) определяющего влияния «внешнего» уровня на функционирование СПАЛ, модулирующего, в том числе, влияние «низших» уровней.

Описанная структура подразумевает несколько вариантов динамики: 1) регрессивный; 2) реактивационный; 3) формирующий. При регрессивной динамике происходит инактивация «внешнего» уровня психологической адаптации и актуализация более ранних, предшествующих в развитии личности, слоев с формированием новых связей. В этом случае формируется патологическая система психологической адаптации личности, соотносящаяся с ранее существовавшей в онтогенезе. Соответственно, реактивационная динамика подразумевает восстановление «внешнего» уровня СПАЛ и формирование новых механизмов защиты от подобных

нарушений в дальнейшем. Формирующая динамика СПАЛ реализуется либо при исходной недостаточности системы психологической адаптации, либо в случаях, когда ее нарушение обусловлено экзогенно-органическими факторами.

Модель СПАЛ соотносится с активно разрабатываемой в настоящее время в западной психотерапии концепцией позитивной психологии [81, 82, 83]. Antonovsky A. разработано понятие чувства когерентности, которое в дальнейшем стало рассматриваться как саногенный буфер. Celinski M. совместно с Pylowski J. предложили модель, в которой чувство когерентности формируется на основе динамической устойчивости (resilience) и управления ресурсами (resourcefulness) [81, 82]. Динамическая устойчивость представляет собой некий буфер, спонтанно поглощающий психические и физиологические стрессовые факторы и поддерживающие психический гомеостаз. При недостаточности системы динамической устойчивости или при слишком интенсивной стрессовой нагрузке происходит срыв адаптации. Система управления ресурсами подразумевает способность человека к поиску и использованию ресурсов в случае чрезмерного стрессового воздействия, чтобы предотвратить срыв адаптации, или в случае срыва адаптации – для восстановления функционирования. Согласно этой концепции, в случае преодоления болезненного расстройства человек приобретает новые навыки адаптации за счет расширения диапазона динамической устойчивости и совершенствования управления ресурсами. Разработанная модель положена в основу опросника Celinski M., Antoniazzi M., Alen L. управление ресурсами для выздоровления (resourcefulness for recovery inventory – RRI). Практика использования этой методики в совокупности с обширным перечнем психометрических инструментов показала ее наибольшую чувствительность в отношении результативности терапии (см. раздел 4.7, таблицы 4.20, 4.21). Реактивация СПАЛ соответствует в данной модели активации системы управления ресурсами, а

формирование СПАЛ – формированию системы управления ресурсами при ее исходной недостаточности.

Динамика состояния и изменение показателей психометрических шкал в группах ЗУС и УС соответствует, таким образом, процессу реактивации и формирования СПАЛ. Об этом свидетельствуют также обнаруженные исходные различия между группами, указывающие на поражение более глубинных личностных структур в группе УС. Исходно больший терапевтический потенциал пациентов группы ЗУС отражен высокими значениями «Факторов, способствующих выздоровлению» методики RRI. Изменение показателей RRI по результатам лечения в группе ЗУС также отражает процесс реактивации СПАЛ, когда основные изменения затрагивают исходно относительно более низкие показатели (группу шкал «Факторы, препятствующие выздоровлению». При УС процесс формирования СПАЛ (незавершенный) приводит к равномерному повышению показателей со значительно меньшей амплитудой изменений.

Исходное нарушение СПАЛ в группе УС может являться следствием как преморбидных особенностей пациентов, так и результатом динамики заболевания. Данный вопрос требует дальнейшего изучения.

Результаты применения КОПТ при ПР и ГТР в целом сравнимы. Значимым отличием является различная амплитуда изменения показателей полноты осознания, более высокая в группе ГТР. Полученные данные согласуются с представлением западных коллег о полноте осознания как об основном необходимом факторе выздоровления при ГТР [142, 161, 180]. С этих позиций в настоящее время разработано несколько психотерапевтических методик нацеленных именно на ГТР и имеющих в своей основе концепцию полноты осознания. Вероятно, именно наличие в составе когнитивно-ориентированной психотерапии тревожных расстройств механизмов, направленных на развитие этого качества, делает ее столь эффективной при ГТР.

Отдельно стоит отметить высокие показатели размера эффекта для шкал, характеризующих симптомы депрессии. Полученные результаты позволяют сделать предположение о возможности применения когнитивно-ориентированной психотерапии тревожных расстройств при депрессивных расстройствах, что может являться темой дальнейшего исследования.

Кроме того, значимые изменения неклинических показателей, позволяет рекомендовать методику в субклиническом формате, соматической медицине в качестве дополнительного метода лечения и реабилитации.

### **5.7 Изучение степени реагирования и оценочной ценности психометрического инструментария в процессе психотерапии**

Большое количество психометрических методик, использованных в настоящем исследовании, позволяет делать выводы о ценности той или иной методики для оценки эффективности и изучения процесса психотерапии тревожных расстройств. Подобному сравнению способствует применение стандартизированной методики, обеспечивающей максимально похожий для всех пациентов психотерапевтический процесс. При оценке измерительных методик использованы: 1) размеры эффекта для изменения показателей в ходе лечения; 2) размеры эффекта при определении исходных различий между группами. Эти показатели позволяют оценить способность методики отражать изменения, происходящие за время терапии, и способность выявлять исходные различия для определения приоритетных мишеней психотерапии.

Симптоматический опросник SCL-90 проявил себя как хороший инструмент для оценки степени улучшения состояния, достаточно сильно реагируя на изменения в процессе психотерапии.

Методика ММРІ, несмотря на использование старой версии, показала хорошие возможности как в определении исходных различий между группами, так и в оценке результатов психотерапии. Особенно интересны результаты, полученные с помощью этой методики в группах ЗУС и УС, которые обнаруживали как исходные различия между рассматриваемыми группами, так и различия в психотерапевтическом процессе.

Тест Спилбергера-Ханина (STAI), согласно полученным данным, является несомненным лидером для определения изменения тревожной симптоматики в процессе психотерапии. Амплитуда изменения показателей реактивной тревоги во всех случаях была выше, чем личностной, что подтверждает теоретические предпосылки методики. STAI оказался эффективным инструментом для отражения изменений симптоматики как при ПР, так и при ГТР.

Шкала депрессии Бека (BDI) использовалась в исследовании для оценки сопутствующей депрессивной симптоматики и оказалась высокоэффективной в отношении определения изменения депрессивных симптомов во всех группах.

Личностная шкала тревоги Тейлора (TAI) не показала высокой эффективности для оценки результатов психотерапии тревожных расстройств. Подобный результат, вероятно, связан с тем, что методика измеряет преимущественно личностный компонент тревоги.

Шкала тревоги Шихана (ShARS) как инструмент, разработанный для оценки уровня пароксизмальной тревоги, была эффективна для оценки результативности психотерапии у пациентов с ПР.

Управление ресурсами для выздоровления (RRI) является наиболее интересным инструментом из использованных в данном исследовании. Опросник позволял оценивать как исходные различия между группами, так и судить о различиях в результатах психотерапии. Во всех случаях разделения

на группы методика предоставляла различный набор данных, позволяющий судить о механизмах терапии у разных категорий больных, определять предикторы эффективности психотерапии. Дальнейшее изучение категории управления ресурсами и других категорий позитивной психологии с помощью данной методики может позволить получить ценные данные о механизмах формирования и терапии психических расстройств пограничного уровня.

Пятифакторный опросник полноты осознания (FFMQ-SF) позволил получить значимые данные об участии категории полноты осознания в процессе терапии тревожных расстройств. Опросник может быть рекомендован для дальнейшего применения в исследованиях психотерапии с целью расширения понимания терапевтического процесса и механизмов, участвующих в нем.

Шкала внимательности и осознанности (MAAS) продемонстрировала меньшую эффективность при оценке уровня полноты осознания в терапии тревожных расстройств. Методика сформулирована как достаточно специфический, вероятно, неклинический инструмент. Использование данной шкалы представляется оправданным в исследовании, направленном на изучение категории полноты осознания, но не в исследовании психотерапии клинических расстройств.

## Заключение

Проведенное исследование было посвящено изучению эффективности когнитивно-ориентированной психотерапии при паническом и генерализованном тревожных расстройствах у больных впервые проходящих терапию и резистентных к психофармакотерапии. 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. Испытуемые были разделены на 6 групп: 1) группы панического расстройства и генерализованного тревожного расстройства; 2) группы впервые проходящих терапию и резистентных к психофармакотерапии; 3) группы значительного улучшения состояния и улучшения состояния.

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

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 неделю или раз в 2 недели, в зависимости от динамики состояния. Завершение терапии происходило после принятия пациентом и врачом решения о достижении необходимого терапевтического эффекта или при отсутствии терапевтического эффекта на протяжении последних 3-4 сессий. Итоговая продолжительность курса лечения составляла 2-3 месяца. Катамнестическая оценка проводилась по истечении двух лет с момента окончания терапевтического воздействия.

В качестве экспериментального дизайна исследования применялся контроль листа ожидания с перекрестной оценкой. Это позволило избежать ряда ограничений и проблем: 1) рандомизации; 2) внешней валидности



исследования; 3) «ослепления» контрольной группы; 4) проблемы набора испытуемых; 5) утери данных результата психотерапии в контрольной группе. Контрольную группу составили 25 пациентов, первоначально распределенных в лист ожидания. Пациенты распределялись в группу контроля листа ожидания и первичную терапевтическую группу поочередно.

Для изучения клинической динамики были использованы исследовательские критерии МКБ-10 и критерии системной качественно-количественной оценки эффективности психотерапии – степень осознаваемого контроля текущего состояния, степень активности пациента в преодолении болезненных расстройств, степень независимости пациента от психотерапевта и степень устойчивости психотерапевтического контакта [40]. Оценка по клиническим показателям проводилась на этапе скрининга, сеансах 4, 7, 11, 15 и по завершении лечения, критериальная оценка эффективности психотерапии производилось на 4-м сеансе и при завершении психотерапии. По результатам оценки определялась степень улучшения состояния со следующими градациями: 1) значительное улучшение состояния (ЗУС); 2) улучшение состояния (УС); 3) незначительное улучшение состояния (НУС); 4) отсутствие улучшения состояния (ОУС).

Для психометрической оценки эффективности психотерапии использовались следующие методики: MMPI, SCL-90, Тест Спилбергера-Ханина (STAI), Шкала Депрессии Бека (BDI), Личностная Шкала Тревоги Тейлора, 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 «Управление ресурсами для выздоровления» использовалась в совместной адаптации авторов опросника и коллектива группы системных исследований психотерапии. Методики Шкала внимательности и осознанности и Пятифакторная шкала полноты осознания, короткая версия использованы в адаптации автора настоящего исследования.

Результаты исследования обрабатывались с помощью статистического пакета Statistica 10. Для сравнения данных применялись непараметрические критерии: Вилкоксона для зависимых переменных, Манна-Уитни для независимых выборок,  $\chi^2$  для сравнения групп по степени улучшения состояния. Для подсчета размера эффекта применялся критерий объективного размера эффекта  $d_{\text{unb}}$ . Для поиска предикторов эффективности психотерапии применялся корреляционный и дискриминантный анализ.

При анализе клинических особенностей тревожных расстройств в исследуемой выборке были установлены особенности протекания панического расстройства и генерализованного тревожного расстройства. В группе ПР наиболее выраженными исходными показателями, характеризующими клиническую картину, были: сердцебиение и повышение ЧСС, потливость, ощущение озноба или тремор, ощущение нехватки воздуха, затруднение дыхания или удушье, страх смерти. Симптомы сухости во рту, боли или дискомфорта в груди, ощущения головокружения или неустойчивости, волн жара или холода в исследуемой выборке были представлены незначительно и не вносили существенного вклада в клиническую картину. Показатели тошноты или абдоминального дискомфорта, дереализации или деперсонализации, страха потери контроля или страха сойти с ума, ощущения онемения или покалывания были малоинформативны.

В группе ГТР профиль симптоматики был более вариативным. В клинической картине явно доминировали симптомы сердцебиения, ощущения озноба или тремора, беспокойства или неспособности расслабиться, чувства нервозности или психического напряжения. В средней степени были представлены симптомы потливости, ощущения нехватки воздуха или одышки, боли или дискомфорта в груди, волн жара или холода, ощущения кома в горле или трудности при глотании, нарушения концентрации внимания и трудности засыпания из-за беспокойства. Эти показатели встречались в исследуемой выборке реже и были менее

выраженными. Пять из 23 симптомов, указанных в исследовательских критериях МКБ-10, не участвовали в формировании клинической картины, это были: затруднение дыхания или удушье, дереализация или деперсонализация, страх смерти, страх потери контроля или страх сойти с ума, усиленное реагирование на неожиданные события или испуг.

Динамика состояния при ПР характеризовалась акцентом на первой половине работы, когда происходили наибольшие изменения показателей симптоматики. Основная динамика ведущих признаков расстройства имела место в начале терапии между исследованиями перед 1-м и 4-м сеансом. На 4-м сеансе статистически значимые отличия от исходных показателей отмечались для 12 шкал из 14. Большинство пациентов группы ПР отмечало существенное улучшение после 3-5 сеансов. 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%.

Дальнейшая динамика характеризовалась постепенной редукцией пароксизмальной тревоги и внепароксизмальной симптоматики. К моменту окончания у 27 из 29 пациентов приступы паники полностью прекратились, в 6 случаях наблюдались тревожные пароксизмы не достигающие степени выраженности ПА. По окончании лечения статистически значимые изменения затрагивали 13 из 14 шкал. К моменту окончания исследования выраженность расстройств снижалась, в среднем переходя на субклинический уровень, когда симптоматика не соответствовала критериям исследовательской версии МКБ-10. По данным критериальной оценки эффективности психотерапии первые 2 показателя (степень осознаваемого контроля текущего состояния и степень активности пациента в преодолении болезненных расстройств) менялись незначительно, наиболее существенно менялся показатель степени независимости пациента от психотерапевта.

**Динамика состояния при ГТР.** 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 7-го сеанса изменения касались уже 16 показателей. Таким образом, первыми реагировали на терапию симптомы сердцебиения, потливости, ощущения нехватки воздуха, боли или дискомфорта в груди, ощущения онемения, покалывания, волн жара или холода, мышечного напряжения или боли, беспокойства или неспособности расслабиться, чувства нервозности, психического напряжения, ощущения кома в горле. Показатели выраженности ощущения озноба или тремора, сухости во рту, тошноты или абдоминального дискомфорта, ощущения головокружения, трудности концентрации внимания, трудности засыпания, включались в динамику только после 4-го сеанса.

Основная динамика состояния при ГТР приходилась на вторую четверть терапевтического процесса. Наиболее значимые изменения показателей симптоматических шкал происходили в период с 4-го по 7-й сеансы. 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 исследовательской версии МКБ-10. При итоговой оценке статистически значимые изменения отмечались для 17 из 22 симптомов. За период лечения статистически значимым изменениям подвергались все 4 показателя критериальной оценки эффективности психотерапии, наблюдалось равномерное повышение их значений за период с сеанса 4 до завершения исследования.

**Результаты применения экспериментального дизайна контроля листа ожидания с перекрестной оценкой.** Группа контроля листа ожидания и первичная терапевтическая группа 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.

**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. Показатели размера эффекта по клиническим шкалам (SCL-90 DEP, ANX, GSI, STAI-S, STAI-T, BDI, ShARS) при оценке всей выборки находились в пределах от  $d=0,90$  до  $d=1,33$  ( $p<0,0001$ ), что соответствует среднему – большому размеру эффекта. При клинической оценке результатов с использованием системной качественно-количественной шкалы состояние 29 пациентов (55,8%) общей выборки после лечения было оценено как значительное улучшение, 19 человек (36,5%) – улучшение, 2 человека (3,8%) – незначительное улучшение, 2 человека (3,8%) – отсутствие улучшения. То есть, на момент окончания лечения состояние 47 человек (91,4%) нельзя было более квалифицировать как психическое расстройство по МКБ-10. Таким образом в исследовании была показана высокая результативность когнитивно-ориентированной психотерапии при ПР и ГТР как по данным психометрии, так и по данным клинической оценки.

**Группы ПР и ГТР** принципиально не отличались ни по исходным показателям, ни по результатам терапии. Клиническая результативность лечения была сходной. Имеющиеся на момент включения в исследование

различия нивелировались в процессе терапии. В целом, в группе ГТР изменение психометрических показателей было менее выраженным, тем не менее, на момент окончания исследования группы статистически значимо не отличались. Исходные различия между группами наблюдались только по шкале тревоги SCL-90 и определялись большей остротой состояния в группе ПР.

Амплитуда изменения клинических психометрических показателей была выше в группе ПР. Средний размер эффекта для клинических шкал составлял 1,44 и 1,1 для групп ПР и ГТР соответственно. Шкала ShARS была исключена из сравнения этих групп из-за специфичности по отношению к симптомам ПР. Шкалы полноты осознания в большей степени реагировали при ГТР, размер эффекта для общего показателя FFMQ был сравним – 1,53 и 1,43 (для ПР и ГТР), однако, показатель MAAS реагировал только при ГТР ( $d=1,1$ ).

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 у впервые проходивших терапию и резистентных к психофармакотерапии, а так же поиска общего механизма улучшения состояния с помощью анализа изменений в группах качественно отличающихся исходов лечения (значительное улучшение состояния и улучшение состояния) группы ПР и ГТР рассматривались обобщенно.

**Группы впервые проходивших терапию (ВПТ) и резистентных к психофармакотерапии (РПФТ).** В настоящем 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. 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 (16,7 и 11,5 сеансов для РПФТ и ВПТ, соответственно,  $p=0,0005$ ). Различий в клинической эффективности лечения при ПР и ГТР в подгруппах ВПТ и РПФТ обнаружено не было.

Изменения психометрических показателей в процессе лечения в выделенных группах носили различный характер. Различия между исходными и конечными показателями по клиническим шкалам было 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, где в наибольшей степени ( $d_{unb}>1,13$ ,  $p<0,0001$ ) отличались данные шкал Положительное отношение к специалистам в области медицины, Ответственность за свои действия, Принятие, Целостность, Минимизация ущерба. 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 личностной зрелости у пациентов в группе значительного улучшения, в том числе о лучше сформированной половой идентификации и более активной личностной позиции.

Принципиальные различия наблюдались и в изменениях исследуемых шкал в процессе лечения. В группе значительного улучшения изменения затрагивали гораздо большее число показателей, амплитуда реагирования была значимо выше. Так, средний размер эффекта  $d$  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.

Проведенный дискриминантный анализ позволил выявить показатели, наилучшим образом разграничивающие группы ЗУС и УС по исходным данным. Такими показателями стали «целостность» опросника RRI, шкала мужественности/женственности MMPI 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.

Итак, 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. По данным катamnестической оценки состояние улучшилось у 8 пациентов, состояние 2 пациентов из группы незначительного улучшения через год было оценено как улучшение, состояние 6 пациентов группы улучшения состояния квалифицировалось как значительное улучшение. В двух случаях из группы УС состояние за прошедшее время ухудшилось и квалифицировалось как НУС. Все пациенты, у которых улучшение отсутствовало, за прошедшее время обращались за психиатрической помощью без эффекта. По данным катamnестической 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 катamnестическом обследовании была выявлена сохраняющаяся положительная динамика состояния пациентов на протяжении 2 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 (между скринингом и сеансом 4), а в группе ГТР в этот период они

были незначительны. Изменения показателей критериальной оценки эффективности психотерапии в группах ПР и ГТР при общей оценке были сходными. При оценке подгрупп обнаруживались существенные различия.

Наибольшие исходные различия подгрупп ВПТ и РФПТ при ПР касались показателей степени осознаваемого контроля текущего состояния, степени активности пациента в преодолении болезненных расстройств и степени независимости пациента от психотерапевта. При ГТР эти подгруппы различались по показателю степени осознаваемого контроля текущего состояния.

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 клинко-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 ММПИ, 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, позволяют 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 большой 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 терапевтический 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 СМІЛ.
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. – Т. 18. – №. 5. – С. 992.

### Список использованных сокращений

ВПТ	группа впервые проходящих терапию
ГТР	генерализованное тревожное расстройство
ЗУС	значительное улучшение состояния
КЛО	контроль листа ожидания
КПТ	когнитивно-поведенческая психотерапия
НУС	незначительное улучшение состояния
ОУС	отсутствие улучшения состояния
ПР	паническое расстройство
ПТГ	первичная терапевтическая группа
РПФТ	группа резистентных к психофармакотерапии
ТР	тревожные расстройства
УГТ	универсальная гипнотерапия
УС	улучшение состояния
BDI	Опросник депрессии Бека
FFMQ-SF	пятифакторная шкала полноты осознания, короткая версия
MAAS	шкала внимательности и осознанности
RRI	опросник управление ресурсами для выздоровления (resourcefulness for recovery inventory)
SCL-90	симптоматический опросник
SCL-90 ANX	шкала тревоги симптоматического опросника
SCL-90 DEP	шкала депрессии симптоматического опросника
SCL-90 GSI	шкала общей тяжести состояния симптоматического опросника
ShARS	шкала Тревоги Шихана
STAI	тест Спилбергера-Ханина
STAI-S	шкала реактивной тревоги теста Спилбергера-Ханина
STAI-T	шкала личностной тревоги теста Спилбергера-Ханина



### Список литературы

1. Айрапетянц М. Г., Вейн А. М. Неврозы в эксперименте и в клинике. – Наука, 1982.
2. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. – ГЭОТАР-Медиа, 2007.
3. Березанцев, А.Ю. Организационные и клинические аспекты психосоциальной реабилитации женщин с онкологической патологией репродуктивной системы / А.Ю. Березанцев, С.В. Стражев, Л.И. Монасыпова // Проблемы управления здравоохранением. – 2010. – №. 52. – С. 44–52.
4. Бурно М. Е., Бурно А. А. Больной человек и его кот. – М. : Приориздат, 2003.
5. Бурно М. Е. Клинический театр-сообщество в психиатрии (руководство для психотерапевтов, психиатров, клинических психологов и социальных работников) //М.: Академический проект. – 2009.
6. Бурно М. Е. О характерах людей (психотерапевтическая книга) //М.: Академический проект. – 2005.
7. Бурно М. Е., Добролюбова Е. А. Практическое руководство по Терапии творческим самовыражением //М.: Академический Проект —ОППЛ. – 2003.
8. Березин, Ф.В. Психическая и психофизиологическая адаптация человека/ Ф.В. Березин. – Л., 1988. – 27 с.
9. Бобров А. Е., Файзрахманова Е. В., Гомозова А. К. Дифференцированная клинико-психологическая оценка больных с различными вариантами тревожных расстройств //Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – Т. 21. – №. 3.

10. Вейн, А.М. Панические атаки (руководство для врачей) / А.М. Вейн, Г.М. Дюкова, О.В. Воробьева, А.Б. Данилов – М., 2004. – 408 с.
11. Вертоградова О. П. Тревожно-фобические расстройства и депрессия //Тревога и обсессии/Под ред. АБ Смулевича. М. – 1998.
12. Вертоградова О. П. и др. Структура пограничных расстройств депрессивного спектра //Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 1992. – №. 1. – С. 103-106.
13. Дауд, Е.Т. Когнитивная гипнотерапия / Е.Т. Дауд – СПб.:Питер, 2003.
14. Кабат-Зинн, Д. Куда бы ты ни шел – ты уже там / Д. Кабат-Зинн – М., 2001.
15. Калинин В. В., Максимова М. А. Современные представления о феноменологии, патогенезе и терапии тревожных состояний //Журнал невропатологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 1994. – №. 3. – С. 100-107.
16. Калинин, В.В. Симптоматика панического расстройства, алекситимия и эффективность терапии альпразоламом / В.В. Калинин//Социальная и клиническая психиатрия. – 1993. – N. 3. – С. 100-106.
17. Карвасарский, Б.Д. Неврозы / Б.Д. Карвасарский – М., 1990. – 475 с.
18. Карвасарский Б. Д. (ред.). Психотерапевтическая энциклопедия. – Питер, 2002.
19. Кирюхина, М.В. Психотерапевтическая коррекция дезадаптивных психологических защитных механизмов в лечении больных артериальной гипертензией с пограничными психическими расстройствами / М.В. Кирюхина, Б.Д. Цыганков, Р.Р. Набиуллина // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2007. – Т. 4. – №. 2. – С. 36-48.

20. Клементьева, И. С. Психотерапия обсессивно-компульсивных расстройств с учетом клинических и личностно-психологических характеристик / И. С. Клементьева: дис. ... канд. мед. наук – М., – 2008
21. Краснов, В.Н. Расстройства аффективного спектра / В.Н. Краснов. – М., 2011. – 432 с.
22. Краснов, В.Н. Тревожные расстройства: их место в современной систематике и подходы к терапии / В.Н. Краснов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т. 18 – № 3. – С. 33–38.
23. Митина О. В. Разработка и адаптация психологических опросников //М.: Смысл. – 2011.
24. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. / ВОЗ, Женева. 1996. – 208 с.
25. Мосолов С. Н., Калинин В. В. Некоторые закономерности формирования, коморбидность и фармакотерапия тревожно-фобических расстройств //Тревога и обсессии/Под ред. АБ Смулевича. – 1998. – С. 217-228.
26. Мясищев В. Н. Личность и неврозы. – 1960.
27. Набиуллина, Р.Р. Результаты психотерапии больных артериальной гипертензией с различной генетической детерминированностью / Р.Р. Набиуллина // Обозр. психиат. и мед. психол. – 2006. – Т. 7. – № 2. – С.15.
28. Психиатрия: национальное руководство / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова и соавт. – М., 2009. – 992 с.
29. Рожнов В. Е. Руководство по психотерапии. – 1985.
30. Рожнов В. Е. Эмоционально-стрессовая психотерапия //Руководство по психотерапии. – 1985. – С. 29-45.
31. Руководство по психиатрии / Под ред. А.С. Тиганова. – М., 1999.

32. Свядощ А. М. Неврозы.–3-е изд., перераб. и доп //М.: Медицина. – 1982..
33. Слободяник А. П. Психотерапия, внушение, гипноз. – 1977.
34. Смулевич, А.Б. Депрессии в общей медицине: руководство для врачей / А.Б. Смулевич – М., 2007. – 256 с.
35. Смулевич, А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А.Б. Смулевич – М., 2003. – 432 с.
36. Тукаев, Р.Д. Гипноз; феномен и клиническое применение / Р.Д. Тукаев. – М., 2006. – 448 с.
37. Тукаев, Р.Д. Оценка эффективности психотерапии с позиции медицины, основанной на доказательствах / Р.Д. Тукаев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – № 1. – С.87-96.
38. Тукаев, Р.Д. Патент РФ N 2008029 на изобретение: “Способ введения в состояние гипноза, аутогенного погружения, медитации, транса” от 28.02.94 г.
39. Тукаев, Р.Д. Проблематика оценки эффективности психотерапии психогений / Р.Д. Тукаев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – № 4. – С.107–108.
40. Тукаев, Р.Д. Психотерапия; теории, структуры и механизмы / Р.Д. Тукаев. – М., 2007. – 392 с.
41. Тукаев, Р.Д. Триггерные механизмы биологического и психического стресса в соотношении с диатез-стрессовыми моделями психиатрии / Р.Д. Тукаев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22. – № 2.
42. Тукаев, Р.Д. Комплексная когнитивно-ориентированная психотерапия тревожных расстройств с приступами паники: методические рекомендации / Р.Д. Тукаев, О.П. Зуева, А.Н. Кузнецов, В.В. Кузнецов, К.А. Срывкова. – М., 2013. – 24 с.
43. Тукаев, Р.Д. Комплексная когнитивно-ориентированная психотерапия тревожных расстройств с приступами паники.

- Методика и результаты применения. Сообщение 1 / Р.Д. Тукаев, О.П. Зуева, А.Н. Кузнецов, В.В. Кузнецов, К.А. Срывкова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20. – № 4. – С. 87–93.
44. Тукаев, Р.Д. Комплексная когнитивно-ориентированная психотерапия тревожных расстройств с приступами паники. Методика и результаты применения. Сообщение 2. / Р.Д. Тукаев, О.П. Зуева, А.Н. Кузнецов, В.В. Кузнецов, К.А. Срывкова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – Т. 21. – № 2. – С. 60–65.
45. Тукаев, Р.Д. Оценка эффективности психотерапии при расстройствах невротического регистра: проблемы, ограничения, возможности / Р.Д. Тукаев, В.Е. Кузнецов, Д.А. Москаленко, Н.М. Петраш // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23. – №3. – С. 92–98.
46. Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства. – Рипол Классик, 1987.
47. Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции //Москва. – 1989.
48. Холмогорова А. Б. Две конфликтующие методологии в исследованиях психотерапии и ее эффективности: поиск третьего пути //Моск. психотер. журнал. – 2009. – Т. 4. – С. 5-25.
49. Холмогорова А. Б. Две конфликтующие методологии в исследованиях психотерапии и ее эффективности: поиск третьего пути (часть 2) //Консультативная психология и психотерапия. – 2010. – №. 1. – С. 14-37.
50. Холмогорова, А.Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра / А.Б. Холмогорова – М.,: ИД «Медпрактика-М», 2011.
51. Цай, П.А. Отражение неосознаваемой установочной мотивации у родителей больных детей с неврозом на эффективность суггестивной

- психотерапии / П.А. Цай // Экспериментальна і клінічна медицина. – 2008. – № 2. – С. 134–137.
52. American Psychiatric Association et al. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision (DSM-IV-TR). – American Psychiatric Association, 2000.
53. American Psychiatric Association et al. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-5®). – American Psychiatric Pub, 2013.
54. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder, second edition. – American Psychiatric Association, 2010.
55. Alladin, A. Cognitive hypnotherapy: a new vision and strategy for research and practice / A. Alladin // Am. J. Clin. Hypn. – 2012. – Vol. 54. – № 4. – P. 249–62.
56. Alladin, A. The wounded self: new approach to understanding and treating anxiety disorders / A. Alladin // Am. J. Clin. Hypn. – 2014. – Vol. 56. – № 4. – P. 368–88.
57. Alladin, A. Handbook of cognitive hypnotherapy for depression: An evidence-based approach / A. Alladin. – 2007, Philadelphia: PA. LippincottWilliams &Wilkins.
58. Arntz, A. Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder / A. Arntz // Behav. Res. Ther. – 2003. – Vol. 41. – № 6. – P. 633–646.
59. Baer, RA. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness / RA. Baer, GT. Smith, J. Hopkins, J. Krietemeyer, L. Toney // Assessment. – 2006. – Vol. 13 – № 1. – P. 27–45.
60. Baldessarini, RJ. Illness risk following rapid versus gradual discontinuation of antidepressants / RJ. Baldessarini, L. Tondo, C. Ghiani, B. Lepri // Am. J. Psychiatry. – 2010. Vol. – 167. – № 8. – P. 934–41.

61. Baldwin, D. Efficacy of drug treatments for generalised anxiety disorder: systematic review and meta-analysis / D. Baldwin, R. Woods, R. Lawson, D. Taylor // *BMJ*. – 2011. – Vol. 11. – P. 342.
62. Bandelow B. Treatment-resistant panic disorder / B. Bandelow, E. Rüther // *CNS spectrums*. – 2004. – T. 9. – №. 10. – C. 725-739.
63. Bandelow B. Sertraline versus paroxetine in the treatment of panic disorder: an acute, double-blind noninferiority comparison / B. Bandelow // *The Journal of clinical psychiatry*. – 2004. – T. 65. – №. 3. – C. 405-413.
64. Bandelow, B. The diagnosis and treatment of generalized anxiety disorder / B Bandelow, J R. Boerner, S. Kasper, M. Linden, HU. Wittchen, HJ. Möller // *Dtsch. Arztebl. Int.* – 2013. – Vol. 110. – № 17. – P. 300 – 309.
65. Barlow, D.H. Cognitive behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial/D.H. Barlow, J.M. Gorman, M.K. Shear, S.W. Woods // *JAMA*. – 2000. – Vol. 283. – № 19. – P. 2529–2536.
66. Beaton, DE. "Are you better?" A qualitative study of the meaning of recovery / DE. Beaton, V. Tarasuk, JN. Katz, JG. Wright, C. Bombardier // *Arthritis Rheum*. – 2001 – Jun;45(3) –P.270–279.
67. Beck, J. *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond* / J. Beck. – Guilford Press., 2011. – 391 p.
68. Belleville, G. The impact of cognitive-behavior therapy for anxiety disorders on concomitant sleep disturbances: a meta-analysis / G. Belleville, H. Cousineau, K. Levrier, ME. St-Pierre-Delorme, A. Marchand // *J Anxiety Disord*. – 2010 – May;24(4) – P.379–386.
69. Black, D.W. Efficacy of combined pharmacotherapy and psychotherapy versus monotherapy in the treatment of anxiety disorders / D.W. Black // *CNS. Spectr.* – 2006. – Vol. 11, Suppl. 12. – P. 29–33.
70. Bohlmeijer, E. Psychometric properties of the five facet mindfulness questionnaire in depressed adults and development of a short form / E.

- Bohlmeijer, P.M. ten Klooster, M. Fledderus, M. Veehof, R. Baer // Assessment. – 2011. – Sep. Vol. 18(3). – P. 308–320.
71. Bonell, C.P. Alternatives to randomisation in the evaluation of public health interventions: design challenges and solutions / C.P. Bonell et al. // Journal of epidemiology and community health. – 2011. – T. 65. – №. 7. – C. 582–587.
72. Borkovec, T.D. Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder / T.D. Borkovec, O., Alcaine, E. Behar // Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice. – 2004. – T. 2004.
73. Broich, K; Committee for Medicinal Products for Human Use. Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP) assessment on efficacy of antidepressants / K. Broich // Eur Neuropsychopharmacol. – 2009 – May;19(5) – P.305–308.
74. Brown, CH. Dynamic wait-listed designs for randomized trials: new designs for prevention of youth suicide / CH. Brown, PA. Wyman, J. Guo, J. Peña // Clin Trials. – 2006 – Vol. 3 – №3 – P.259-271.
75. Brown, KW. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being / KW. Brown, RM. Ryan // J. Pers. Soc. Psychol. – 2003. – Apr. Vol. 84 – №4. – P. 822–848.
76. Bruce, SE. Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study / SE. Bruce, KA. Yonkers, MW. Otto, JL. Eisen, RB. Weisberg, M. Pagano, MT. Shea, MB. Keller // Am. J. Psychiatry. – 2005. – Vol. 162. – № 6. – P. 1179–1187.
77. Butler, AC. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses / AC. Butler, JE. Chapman, EM. Forman, AT. Beck // Clin. Psychol. Rev. – 2006. – Vol. 26. – № 1. – P. 17–31.
78. Bystritsky A. Treatment-resistant anxiety disorders / A. Bystritsky //Molecular Psychiatry. – 2006. – T. 11. – №. 9. – C. 805-814.



79. Casey, B. Resourcefulness for recovery in Australian military veterans with post-traumatic stress disorder / B. Casey, K. Gow, D. Crompton, M.J. Celinski, M. Antoniazzi // Continuity versus creative response to challenge: the primacy of resilience and resourcefulness in life and therapy / M.J.Selinski, K.M.Gow. (Eds.) – New York: Nova Science Publishers, Inc.,2011. – P. 359–378.
80. Caspar, F. Perspectives on Psychotherapy integration. Balanced Psychotherapy research /F. Caspar // IFP. Newsletter. – 2010. – V.1. – P. 11-17.
81. Celinski, M.J. Resourcefulness as the art of succeeding / M.J. Celinski, LM. Allen Continuity versus creative response to challenge: the primacy of resilience and resourcefulness in life and therapy//M.J.Selinski, K.M.Gow – (Eds.) New York: Nova Science Publishers, Inc., 2011. – P. 343–358.
82. Celinski, M.J. Trauma Clients: How understanding disintegration can help to reveal resourcefulness of the self / M.J. Celinski, K.M.Gow // Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. – 2005. – № 33. – P. 195–217.
83. Celinski, M.J. Measuring Resilience to Psychological Outcomes of Natural Disasters. More questions than answers / M.J. Celinski, J. Pilowsky In K. Gow, and D. Paton (Eds.), The Phoenix of Natural Disasters: Community Resilience. – New York: Nova. 2008. Science Publishers. – P. 73–86.
84. Chen M. H. Treatment-resistant panic disorder: clinical significance, concept and management / M. H. Chen, S. J. Tsai //Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry. – 2016. – T. 70. – C. 219-226.
85. Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)/J. Cohen. – Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1988.

86. Cottraux, J. A controlled study of cognitive behaviour therapy with buspirone or placebo in panic disorder with agoraphobia / J. Cottraux, I.D. Note, C. Cungi // *Br. J. Psychiatry.* – 1995. – Vol. 167. – P. 635–641.
87. Coupland, NJ. Serotonin reuptake inhibitor withdrawal / NJ Coupland, CJ Bell, JP. Potokar // *J. Clin. Psychopharmacol.* – 1996. – Vol. 16. – № 5. – P. 356–362.
88. Cropsey, K. Smoking cessation intervention for female prisoners: addressing an urgent public health need / K Cropsey, G Eldridge, M Weaver, G Villalobos, M Stitzer, A. Best // *Am J Public Health.* – 2008 – Oct; Vol 98 – №10 – P.1894-1901.
89. Cumming, G. *Understanding the new statistics* / G. Cumming – New York.: Routledge, 2012. – P. 519.
90. Deacon, BJ. Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings / BJ. Deacon, JS. Abramowitz // *J. Clin. Psychol.* 2004. – Vol. 60 – № 4. – P. 429–441.
91. Donovan, M.R. Comparative efficacy of antidepressants in preventing relapse in anxiety disorders—a meta-analysis / M.R. Donovan et al. // *Journal of affective disorders* – 2010. – Vol. 123. – №1. – P. 9–16.
92. Ebert M. H. et al. (ed.). *Current diagnosis & treatment in psychiatry.* – Lange Medical Books/McGraw-Hill, 2000.
93. Effertz, T. The burden and cost of disorders of the brain in Europe with the inclusion of harmful alcohol use and nicotine addiction / T. Effertz, K. Mann // *Eur. Neuropsychopharmacol.* – 2013. – Vol. 23. – № 7. – P. 742-748.
94. Elliott S. A. What are we doing to waiting list controls? / S. A. Elliott, J. S. L. Brown // *Behaviour research and therapy.* – 2002. – T. 40. – №. 9. – C. 1047-1052.
95. Eysenck, HJ. *The effects of psychotherapy: an evaluation.* 1952 / HJ. Eysenck // *J Consult Clin Psychol.* – 1992 – Vol. 60 – № 5 – P.659-663.

96. Fava, GA. Statistical alchemy for drug treatment of generalized anxiety disorder: a commentary on the meta-analysis by Baldwin et al. [BMJ 2011] / GA. Fava // *Psychother. Psychosom.* – 2011. – Vol. 80. – № 5. P. – 261–263.
97. Foldes-Busque, G. Early detection and treatment of panic disorder with or without agoraphobia: update / G. Foldes-Busque, A. Marchand, P. Landry // *Can. Fam. Physician.* – 2007. – Vol. 53 – N 10. – P. 1686–1693.
98. Freire R. C. New treatment options for panic disorder: clinical trials from 2000 to 2010 / R. C Freire // *Expert opinion on pharmacotherapy.* – 2011. – T. 12. – №. 9. – C. 1419-1428.
99. Freire R. C. Treatment-resistant panic disorder: a systematic review / R. C. Freire // *Expert opinion on pharmacotherapy.* – 2016. – T. 17. – №. 2. – C. 159-168.
100. Furukawa, TA. Psychotherapy plus antidepressant for panic disorder with or without agoraphobia: systematic review / TA. Furukawa, N. Watanabe, R. Churchill // *Br. J. Psychiatr.* – 2006. – № 188. – P. 305–312.
101. Gale, CK. Millichamp J. Generalised anxiety disorder / CK. Gale // *Clin. Evid. (Online).* – 2011. – Vol. 27. – P. 1002.
102. Ghaemi, SN. The case for, and against, evidence-based psychiatry / SN. Ghaemi // *Acta. Psychiatr. Scand.* – 2009. – Vol. 119 – №4. – P. 249–251.
103. Golden, W.L. Cognitive-behavioral hypnotherapy for anxiety disorders / W.L. Golden // *Journal of Cognitive Psychotherapy.* – 1994. – Vol. 8. – № 4. – P. 265–274.
104. Golden, W.L. Hypnotherapy for anxiety, phobias and psychophysiological disorders / W.L. Golden // *The clinical use of hypnosis with cognitive behavior therapy: A practitioner's casebook.* – 2006. – P. 101–137.
105. Golden, WL. Cognitive hypnotherapy for anxiety disorders / W.L. Golden // *Am. J. Clin. Hypn.* – 2012. – Vol. 54. – №. 4. – P. 263–274.

106. Gorenstein, E.E.. Cognitive-behavioral therapy for anxiety in the elderly / E.E. Gorenstein, L.A. Papp // *Current Psychiatry Reports*. – 2007. – Vol. 9. – N 1. – P. 20–25.
107. Grant, B.F. Prevalence, correlates, comorbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions / B.F. Grant, D.S. Hasin, A. Stinson et al. // *Psychol. Med.* – 2005. – Vol. 35. – P. 1747–1759.
108. Grant, B.F. The epidemiology of DSM-IV panic disorder and agoraphobia in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions / B.F. Grant, D.S. Hasin, F.S. Stinson // *J. Clin. Psychiatry*. – 2006. – Vol. 67. – №3. – P. 363–364.
109. Gray, G.E. Concise guide to evidence-based psychiatry / G.E. Gray – *Am. Psychiatr. Pub.*, 2004.
110. Green, L. W. Evaluating the relevance, generalization, and applicability of research issues in external validation and translation methodology / L.W. Green, R. E. Glasgow // *Evaluation & the Health Professions*. – 2006. – Vol. 29. – №. 1. – C. 126-153.
111. Grossman, P. Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis / P. Grossman, L. Niemann, S. Schmidt, H. Walach // *J Psychosom Res.* 2004 – Jul;57(1) – P.35–43.
112. Gustavsson, A. CDBE2010Study Group. Cost of disorders of the brain in Europe 2010 / A. Gustavsson, M. Svensson, F. Jacobi et al. // *Eur. Neuropsychopharmacol.* – 2011. – Vol. 21. – № 10. – P. 718–779.
113. Hammond, DC. Hypnosis in the treatment of anxiety- and stress-related disorders / DC. Hammond // *Expert. Rev. Neurother.* – 2010. – Vol. 10. – № 2. – P. 263–73.
114. Handley, MA. Quasi-experimental designs in practice-based research settings: design and implementation considerations / MA. Handley, D.

- Schillinger, S. Shiboski // *J Am Board Fam Med.* – 2011 – Vol. 24– № 5 – P.589-596.
115. Haug, T.T. Exposure therapy and sertraline in social phobia: I-year follow-up of a randomised controlled trial / T.T. Haug, S. Blomhoff, K. Hellström et al. // *Br. J. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 182 – P. 312–318.
116. Heldt E. Treating medication-resistant panic disorder: predictors and outcome of cognitive-behavior therapy in a Brazilian public hospital / E. Heldt // *Psychotherapy and Psychosomatics.* – 2003. – T. 72. – №. 1. – C. 43-48.
117. Hoge, E.A. Generalized anxiety disorder: diagnosis and treatment / E.A. Hoge, A. Ivkovic, G.L. Fricchione // *BMJ.* – 2012. – Vol 27 – P. 345.
118. Hunot, V. Psychological therapies for generalised anxiety disorder / V. Hunot, R. Churchill, M. Silva de Lima, V. Teixeira // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2007. – Vol. 24. – №1. – CD001848
119. Jacobson, N.S. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research / N.S. Jacobson, P. Truax // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 1991. – Vol. 59. – №1. – P. 12–19.
120. Jay Lynn, S. Mindfulness, acceptance, and hypnosis: Cognitive and clinical perspectives / S. Jay Lynn, L. Surya Das, M.N. Hallquist, J.C. Williams // *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* – 2006. – Vol. 54 – № 2. – P. 143–166.
121. Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results / J. Kabat-Zinn // *Gen. Hosp. Psychiatry.* – 1982. – Vol. 4. – №1. – P. 33–47.
122. Kahl, K.G. The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective? / K.G Kahl, L. Winter, U. Schweiger // *Curr. Opin. Psychiatry.* – 2012. – Vol. 25 – № 6 – P. 522–528.

123. Katzman M. A. et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders // *BMC psychiatry*. – 2014. – T. 14. – № 1. – С. S1.
124. Kessler, R.C. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication / R.C. Kessler, W.T. Chiu, O. Demler et al. // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2005. – Vol. 62. – P. 617–627.
125. Kessler, R.C. The epidemiology of panic attacks, panic disorders, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication / R.C. Kessler, W.T. Chiu, R. Jin et al. // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2006. – Vol. 63. – P. 415–424.
126. Kessler, RC. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication / R.C. Kessler, P Berglund, O Demler, R Jin, K.R Merikangas, E.E. Walters // *Arch Gen Psychiatry*. – 2005 – Vol. 62. – № 6. – P. 593–602.
127. Khan, A. A systematic review of comparative efficacy of treatments and controls for depression / A. Khan, J. Faucett, P. Lichtenberg et al. // *PLoS One*. – 2012 – Vol. 7 – №7 – 41778.
128. Kim, Y.W. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder / Y.W. Kim, S.H. Lee, T.K. Choi et al. // *Depression Anxiety*. – 2009. – Vol. 26. – P. 601–606.
129. Kirsch, I. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration / I Kirsch, BJ Deacon, TB Huedo-Medina et al. // *PLoS Med*. – 2008 – Vol. 5 – N. 2. – 45.
130. Kirsch, I. Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: a meta-analysis / I. Kirsch, G Montgomery, G. Sapirstein // *J. Consult. Clin. Psychol*. – 1995. – Vol. 63. – № 2. – P. 214–20.

131. Koszycki, D. Randomized trial of a meditation-based stress reduction program and cognitive behavior therapy in generalized social anxiety disorder / D. Koszycki, M. Benger J. Shlik, J. Bradwejn // *Behav. Res. Ther.* – 2007. – Vol. 45. – № 10. – P. 2518–2526.
132. Likert R. A technique for the measurement of attitudes // *Archives of psychology.* – 1932.
133. Lorenz R. A., Jackson C. W., Saitz M. Adjunctive Use of Atypical Antipsychotics for Treatment Resistant Generalized Anxiety Disorder / R. A. Lorenz, C. W. Jackson, M. Saitz // *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy.* – 2010. – T. 30. – №. 9. – C. 942-951.
134. Lynn, S J. Hypnosis as an empirically supported clinical intervention: the state of the evidence and a look to the future / S.J. Lynn, I. Kirsch, A. Barabasz, E. Cardeña, D. Patterson // *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* – 2000. – Vol. 48. – №2. – P. 239–259.
135. Maneeton N. Quetiapine monotherapy in acute treatment of generalized anxiety disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials / N. Maneeton // *Drug design, development and therapy.* – 2016. – T. 10. – C. 259.
136. Marks, I.M. Alprazolam and exposure alone and combined in panic disorder with agoraphobia. A controlled study in London and Toronto / I.M Marks, R.P. Swinson, M. Basoglu et al. // *Br. J. Psychiatry.* – 1993. – Vol. 162. – P. 776–787.
137. Mavissakalian, M.R. Long-term maintenance and discontinuation of imipramine therapy in panic disorder with agoraphobia / M.R. Mavissakalian, J.M. Perel // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1999. – Vol. 56 – № 9. – P. 821–827.
138. McAllister-Williams, RH. Do antidepressants work? A commentary on "Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration" by Kirsch et al. / RH.

- McAllister-Williams – Evid Based Ment Health. – 2008 – Costa Aug;11(3)–P.66-68.
139. McGuinness, T.P. Hypnosis in the treatment of phobias: a review of the literature / T.P. McGuinness // American Journal of Clinical Hypnosis. – 1984. – Vol. 26. – №. 4. – P. 261–272.
140. Mdege, N.D. Systematic review of stepped wedge cluster randomized trials shows that design is particularly used to evaluate interventions during routine implementation / N.D. Mdege, MS Man, CA. Taylor Nee Brown, DJ. Torgerson // J Clin Epidemiol. – 2011 – Vol. 64 – №9 – P.936–948.
141. Melander, H. Evidence b(i)ased medicine--selective reporting from studies sponsored by pharmaceutical industry: review of studies in new drug applications / H. Melander, J. Ahlqvist-Rastad, G Meijer, B. Beermann // BMJ. – 2003 – Vol. 31;326(7400). – P. 1171-1173.
142. Mennin, D.S. et al. Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder / D.S. Mennin et al. // Clinical Psychology: Science and Practice. – 2002. – Vol. 9. – № 1. – P. 85-90.
143. Meuret, A.E. Coping skills and exposure therapy in panic disorder and agoraphobia: latest advances and future directions / A.E. Meuret, K.B. Wolitzky-Taylor, M.P. Twohig, M.G. Craske // Behav. Ther. – 2012. – Vol. 43. – № 2. – P. 271–284.
144. Mitte, K. A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia / K. Mitte // J. Affect. Disord. – 2005. – Vol. 88 – № 1. – P. 27–45.
145. Mitte, K. Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: a comparison with pharmacotherapy / K. Mitte // Psychol. Bull. – 2005. – Vol. 131 – № 5. – P. 785–795.



146. Möller, H.J. Is evidence sufficient for evidence-based medicine? / H.J. Möller // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* – 2009. – Vol. 259 – Suppl. 2 – P. 167-172.
147. Ng S. M. Incorporating Family Therapy into Asthma Group Intervention: A Randomized Waitlist Controlled Trial / S. M. Ng // *Family process.* – 2008. – T. 47. – №. 1. – C. 115-130.
148. Noyes, R.Jr. Problems with tricyclic antidepressant use in patients with panic disorder or agoraphobia: results of a naturalistic follow-up study / R.Jr. Noyes, M.J. Garvey, B.L. Cook, L. Samuelson // *J. Clin. Psychiatry.* – 1989. – Vol. 50. – № 5. – P. 163-169.
149. Ogle, N.R. Guidance for the discontinuation or switching of antidepressant therapies in adults / N.R. Ogle, S.R. Akkerman // *J. Pharm. Pract.* – 2013. – Vol. 26. – № 4. P. – 389–396.
150. Olatunji, B.O. Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings / B.O. Olatunji, J.M. Cisler, B.J. Deacon // *Psychiatr Clin North Am.* – 2010. – Vol. 33. – № 3. – P. 557-577.
151. Ospina, M.B, Meditation practices for health: state of the research / M.B. Ospina, K. Bond, M. Karkhaneh et al. // *Evid. Rep. Technol Assess (Full Rep).* – 2007. – Vol. 155. – P. 1–263.
152. Ost, L.G. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis / L.G. Ost // *Behav. Res. Ther.* – 2008. – Vol. 46. – № 3. – P. 296-321.
153. Otto, M.W. Combined psychotherapy and pharmacotherapy for mood and anxiety disorders in adults: review and analysis / M.W. Otto, J.A.J. Smits, H.E. Reese // *Clin. Psychol. Sci. Pract.* – 2005. – Vol. 12 – P. 72 – 86.
154. Otto, M.W. Five sessions and counting: considering ultra-brief treatment for panic disorder / M.W. Otto, D.F. Tolin, K.R. Nations et al. // *Depress. Anxiety.* 2012. – Vol. 29. – № 6. – P. 465–470.

155. Patterson B. Augmentation Strategies For Treatment-resistant Anxiety Disorders: A Systematic Review And Meta-analysis / B. Patterson, M. Van Ameringen // *Depression and anxiety*. – 2016. – T. 33. – №. 8. – С. 728-736.
156. Perna G. Novel investigational therapeutics for panic disorder / G. Perna // *Expert opinion on investigational drugs*. – 2015. – T. 24. – №. 4. – С. 491-505.
157. Pilgrim, D. *The SAGE handbook of mental health and illness* / D. Pilgrim, A. Rogers, B. Pescosolido. (Ed.) – SAGE Publications Limited, 2010.
158. Reinhold J. A., Rickels K. Pharmacological treatment for generalized anxiety disorder in adults: an update / J. A. Reinhold, K. Rickels // *Expert opinion on pharmacotherapy*. – 2015. – T. 16. – №. 11. – С. 1669-1681.
159. Reynolds, S. Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: a meta-analytic review / S. Reynolds, C. Wilson, J. Austin, L. Hooper // *Clin Psychol Rev*. – 2012– Vol. – 32 – №4 – P.251–262.
160. Rodrigues H. CBT for pharmacotherapy non-remitters—a systematic review of a next-step strategy / H. Rodrigues // *Journal of affective disorders*. – 2011. – T. 129. – №. 1. – С. 219-228.
161. Roemer, L. Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models / L. Roemer, S.M. Orsillo // *Clinical Psychology: Science and Practice*. – 2002. – Vol. 9. – № 1. – P. 54-68.
162. Roshanaei-Moghaddam, B. Relative effects of CBT and pharmacotherapy in depression versus anxiety: is medication somewhat better for depression, and CBT somewhat better for anxiety? / B. Roshanaei-Moghaddam, M.C. Pauly, D.C. Atkins et al. // *Depress. Anxiety*. – 2011. – Vol. 28. – № 7. – P. 560-567.

163. Roy-Byrne, P.P. Understanding and Treating Panic Disorder in the Primary Care Setting / P.P. Roy-Byrne, A.W. Wagner, T.J. Schraufnagel // *J Clin Psychiatry*. – 2005. – Vol. 66 – Suppl 4. – P. 16–22.
164. Ruwaard, J. The effectiveness of online cognitive behavioral treatment in routine clinical practice / J. Ruwaard, A. Lange, B. Schrieken, C.V. Dolan, P. Emmelkamp // *PLoS One*. – 2012 – Vol. 7 – №7 – 40089.
165. Schumacher, J. The genetics of panic disorder / J. Schumacher, A.S. Kristensen, J.R. Wendland et al. // *J Med Genet*. – 2011. – Vol. 48. – P. 361-368
166. Shadish, W.R. Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference / W.R. Shadish, T.D. Cook., D.T. Campbell – New York: Houghton Mifflin Company, 2002.
167. Simon N. M. Next-step strategies for panic disorder refractory to initial pharmacotherapy / N. Simon // *The Journal of clinical psychiatry*. – 2009. – T. 70. – №. 11. – C. 1563.
168. Stein, M. B. Behavioral neurobiology of anxiety and its treatment / M. B. Stein, T. Steckler // *Springer Science & Business Media*. – 2010. – Vol. 2.
169. Steven, C. Hayes, Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies / C. Steven // *Behavior Therapy*. – 2004. – Vol. 35. – P. 639-665.
170. Teasdale, J.D. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitivetherapy / J.D. Teasdale, Z.V. Segal, J.M. Williams et al. // *J. Consult. Clin. Psychol*. – 2000. – Vol. 68. – № 4. – P. 615–623.
171. Thompson, N.J. Distance delivery of mindfulness-based cognitive therapy for depression: project UPLIFT / N.J. Thompson, E.R. Walker, N. Obolensky et al. // *Epilepsy Behav*. – 2010 – Vol. 19 – №3 – P.247–254.
172. Tukaev, R.D. Research on the effectiveness of the universal hypnotherapy model / R.D. Tukaev / M.J.Selinski, K.M.Gow (Eds.). *Continuity versus*

- creative response to challenge: the primacy of resilience and resourcefulness in life and therapy. New York: Nova Science Publishers. Inc., 2011. – P. 499–520.
173. Tukaev, R.D. Universal hypnotherapy and resilience – resourcefulness model. / R.D. Tukaev / M.J.Selinski, K.M.Gow (Eds.). Continuity versus creative response to challenge: the primacy of resilience and resourcefulness in life and therapy. New York: Nova Science Publishers. Inc., 2011. – P. 451–466.
174. van der Heiden, C. Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder / C. van der Heiden, P. Muris, H.T. van der Molen // *Behav. Res. Ther.* – 2012. – Vol. 50. – № 2. P. – 100-109
175. Vollestad, J. Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: evaluation in a randomized controlled trial / J. Vollestad, B. Sivertsen, G.H. Nielsen // *Behav. Res. Ther.* – 2011. – Vol. 49. – № 4. – P. 281–288.
176. Vriends, N. Recovery from social phobia in the community and its predictors: data from a longitudinal epidemiological study / N. Vriends, E.S. Becker, A. Meyer et al. // *J Anxiety Disord.* – 2007 – Vol. 21 – № 3 – P. 320–337.
177. Walters Kimberly, A. The use of post-intervention data from waitlist controls to improve estimation of treatment effect in longitudinal randomized controlled trials/ A. Walters Kimberly: Diss. The Ohio State University, 2008.
178. Watanabe, N. Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia / N. Watanabe, R. Churchill, T.A. Furukawa // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2007. – Vol. 24. – №1. – 004364.

179. Wells, A. Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: an open trial / A. Wells, P. King // *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry*. – 2006. Vol. – 37. – № 3. – P. 206–212
180. Wells, A. Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder / A. Wells // *Behavioural and cognitive psychotherapy*. – 1995. – Vol. 23. – №03. – P. 301–320.
181. Wittchen, H.U. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010 / H.U. Wittchen, F. Jacobi, J. Rehm et al. // *Eur Neuropsychopharmacol*. – 2011. – Vol. 21. – P. 655 – 679.
182. Ziatko, M. Resources in coping with a chronic illness: the example of recovery from myocardical infarction / M. Ziatko, L. Kazmarek // *Continuity versus creative response to challenge: the primacy of resilience and resourcefulness in life and therapy* / M.J.Selinski, K.M.Gow (Eds.) – New York: Nova Science Publishers, Inc., 2011. – P. 379–394.

## Приложение 1 Таблицы и графики

Таблица 2.1 Бланк-протокол клинической рейтинговой шкалы системной качественно-количественной оценки процесса и эффективности психотерапии для генерализованного тревожного расстройства на основе МКБ-10

Персонально-информационные данные										
ФИО										
№ мед. док.		Пол	М	Ж	Образование	Ср.	Высш.	Возраст		
Дата										
№ исследования	1	2	3	4	5	6				
№ сессии										
Критериально-диагностические данные										
А	Шесть месяцев и более с выраженной напряженностью, беспокойством и чувством предстоящих неприятностей в повседневных событиях и проблемах					ДА		НЕТ		
Б1	усиленное или учащенное сердцебиение					Оценка				
Б2	потливость					0	1	2	3	4
Б3	тремор или дрожь					0	1	2	3	4
Б4	сухость во рту					0	1	2	3	4
<b>Количество оценок "2" и больших для пунктов 1-4</b>										
Б5	затруднения в дыхании					0	1	2	3	4
Б6	чувство удушья					0	1	2	3	4
Б7	боль или дискомфорт в груди					0	1	2	3	4
Б8	тошнота или абдоминальный дистресс (например, жжение в желудке)					0	1	2	3	4
Б9	чувство головокружения, неустойчивости или обморочности					0	1	2	3	4
Б10	чувства, что предметы нереальны (дереализация) или что собственное Я отделилось или "по настоящему находится не здесь"					0	1	2	3	4
Б11	страх потери контроля, сумасшествия или наступающей смерти					0	1	2	3	4
Б12	страх умереть					0	1	2	3	4
Б13	приливы или ознобы					0	1	2	3	4
Б14	онемение или ощущение покалывания					0	1	2	3	4
Б15	мышечное напряжение или боли					0	1	2	3	4
Б16	беспокойство и неспособность к релаксации					0	1	2	3	4
Б17	чувство нервозности, "на взводе" или психического напряжения					0	1	2	3	4
Б18	ощущение комка в горле или затруднения при глотании					0	1	2	3	4
Б19	усиленное реагирование на небольшие сюрпризы или на испуг					0	1	2	3	4
Б20	затруднения в сосредоточении внимания или "пустота в голове" из-за тревоги или беспокойства					0	1	2	3	4
Б21	постоянная раздражительность					0	1	2	3	4
Б22	затруднение при засыпании из-за беспокойства					0	1	2	3	4
<b>Количество оценок "2" и больших для списка "Б"</b>										
Диагноз ГТР						ДА		НЕТ		
<b>Дополнительные критериальные данные (признаки или симптомы)</b>										
В1-Вn						0	1	2	3	4
<b>Критериальная оценка текущей/итоговой эффективности психотерапии</b>										
Г23	степень осознаваемого контроля текущего состояния					0	1	2	3	4

Г24	степень активности пациента в преодолении болезненного расстройства	0	1	2	3	4
Г25	степень независимости пациента от психотерапевта	0	1	2	3	4
Г26	степень устойчивости психотерапевтического контакта	0	1	2	3	4
Г27	оценка степени улучшения состояния пациентом	0	1	2	3	4
<b>Текущая/итоговая эффективность психотерапии (1-УХС, 2-ОУС, 3-НУЛС, 4-УЛС, 5-ЗУЛС)</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Таблица 2.2 Бланк-протокол клинической рейтинговой шкалы системной качественно-количественной оценки процесса и эффективности психотерапии для панического расстройства на основе МКБ-10

Персонально-информационные данные											
ФИО											
№ мед. док.		Пол	М	Ж	Образование	Ср.	Выш.	Возраст			
Дата											
№ исследования		1	2	3	4	5	6				
№ сессии											
Критериально-диагностические данные											
А	рекуррентные приступы паники, не связанные со специфическими ситуациями и предметами, часто случающиеся спонтанно						ДА	НЕТ			
Б1	сердцебиение, повышение ЧСС						Оценка				
Б2	потливость						0	1	2	3	4
Б3	ощущение озноба, тремор						0	1	2	3	4
Б4	сухость во рту						0	1	2	3	4
<b>Количество оценок "2" и больших для пунктов 1-4</b>											
Б5	ощущение нехватки воздуха, одышка						0	1	2	3	4
Б6	затруднение дыхания, удушье						0	1	2	3	4
Б7	боли, дискомфорт в груди						0	1	2	3	4
Б8	тошнота, абдоминальный дискомфорт						0	1	2	3	4
Б9	ощущение головокружения, неустойчивости						0	1	2	3	4
Б10	дереализация, деперсонализация						0	1	2	3	4
Б11	страх смерти						0	1	2	3	4
Б12	страх потери контроля, страх сойти с ума						0	1	2	3	4
Б13	ощущение онемения, покалывания						0	1	2	3	4
Б14	волны жара, холода						0	1	2	3	4
<b>Количество оценок "2" и больших для списка "Б"</b>											
<b>Диагноз ПР</b>							ДА	НЕТ			
<b>Дополнительные критериальные данные (признаки или симптомы)</b>											
В1-Вn							0	1	2	3	4
<b>Критериальная оценка текущей/итоговой эффективности психотерапии</b>											
Г23	степень осознаваемого контроля текущего состояния						0	1	2	3	4
Г24	степень активности пациента в преодолении болезненного расстройства						0	1	2	3	4
Г25	степень независимости пациента от психотерапевта						0	1	2	3	4
Г26	степень устойчивости психотерапевтического контакта						0	1	2	3	4
Г27	оценка степени улучшения состояния пациентом						0	1	2	3	4
<b>Текущая/итоговая эффективность психотерапии (1-УХС, 2-ОУС, 3-НУЛС, 4-УЛС, 5-ЗУЛС)</b>							<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Рисунок 2.2 Распределение пациентов в исследовании

85 человек обратились в МНИИП на предмет включения в исследование

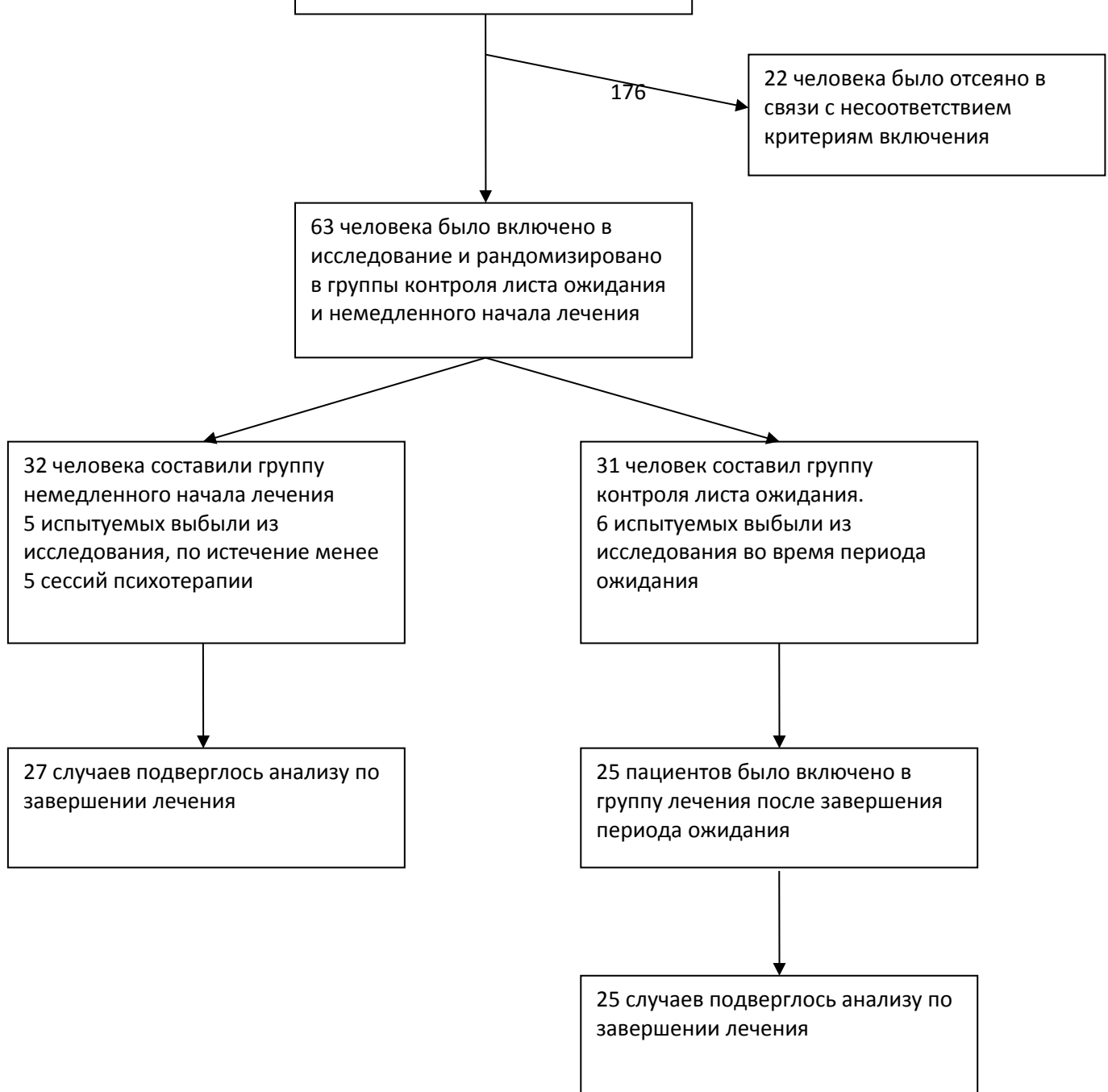




Таблица 2.6 Структура опросника «Управление ресурсами для выздоровления»

Факторы, способствующие выздоровлению	Биполярные шкалы	Факторы, препятствующие выздоровлению
1 Поддержание контроля	1 Контроль/ отсутствие контроля	1 Отсутствие контроля
2 Позитивное мышление	2 Позитивное/ негативное мышление	2 Негативное мышление
3 Целеустремленность	3 Целеустремленность/ Отсутствие устремлений	3 Отсутствие устремлений
4 Стремление к осведомленности	4 Стремление к осведомленности / Отсутствие стремления к знаниям	4 Отсутствие стремления к знаниям
5 Внимательное отношение к своему здоровью	5 Внимательное отношение к своему здоровью/ Пренебрежение физическим состоянием	5 Пренебрежение физическим состоянием
6 Положительное отношение к специалистам в области медицины	6 Положительное/ Отрицательное отношение к специалистам в области медицины	6 Отрицательное отношение к специалистам в области медицины
7 Позитивные эмоции	7 Позитивные/ Негативные эмоции	7 Негативные эмоции
8 Позитивные ожидания/ надежды	8 Позитивные/ Негативные ожидания	8 Негативные ожидания
9 Возможность выбора	9 Возможность выбора/ Ощущение ограниченных возможностей	9 Ощущение ограниченных возможностей
10 Ориентированность на настоящее/будущее	10 Ориентированность на настоящее или будущее/ Поглощенность прошлым	10 Поглощенность прошлым
11 Ответственность за свои действия	11 Ответственность за свои действия/ Зависимость от других	11 Зависимость от других
12 Продуктивное противостояние стрессу	12 Продуктивное/ Непродуктивное противостояние стрессу	12 Непродуктивное противостояние стрессу
13 Принятие	13 Принятие/ Непринятие	13 Непринятие
14 Способность делиться эмоциями	14 Способность делиться эмоциями/ Алекситимия	14 Алекситимия
15 Социальная поддержка	15 Социальная поддержка/ Социальная изоляция	15 Социальная изоляция
16 Целостность	16 Целостность / Отсутствие целостности	16 Отсутствие целостности
17 Минимизация ущерба	17 Минимизация/ Максимизация ущерба	17 Преувеличение ущерба
18 Позитивные ценности	18 Фундаментальные ценности	18 Негативные ценности
	19 Позиционирование себя с положительной стороны	
	20 Позиционирование себя с отрицательной стороны	

ПР клиника общие данные											
Показатель	среднее скрининг	SD	среднее 4	SD	достоверность по сравнению с 1	среднее 7	SD	достоверность по сравнению с 1	Среднее окончание	SD	достоверность по сравнению с 1
Сердцебиение, повышение ЧСС	3,67	0,48	2,67	0,61	0,0001	1,85	0,97	0,00004	1,00	0,74	0,0001
Потливость	2,33	1,03	1,40	0,89	0,0002	0,62	0,75	0,0002	0,33	0,61	0,0001
Ощущение озноба, тремор	2,47	1,57	1,67	1,09	0,0002	1,31	0,93	0,0002	0,53	0,63	0,0001
Сухость во рту	1,20	1,00	0,87	0,97	0,01	0,38	0,75	0,0004	0,13	0,35	0,0001
Ощущение нехватки воздуха, одышка	3,07	1,08	2,13	0,97	0,0002	1,54	1,10	0,0002	0,80	0,76	0,0001
Затруднение дыхания, удушье	2,47	1,17	2,13	1,04	0,005	1,46	0,95	0,0002	0,67	0,61	0,0001
Боли, дискомфорт в груди	1,73	1,31	1,07	0,87	0,001	0,69	0,93	0,0002	0,40	0,50	0,0001
Тошнота, абдоминальный дискомфорт	0,53	1,22	0,40	0,89		0,31	0,62		0,13	0,35	
Ощущение головокружения, неустойчивости	1,20	1,35	0,93	1,14	0,03	0,54	0,86	0,01	0,07	0,25	0,001
Дереализация, деперсонализация	0,60	0,89	0,40	0,62	0,03	0,15	0,54	0,01	0,00	0,00	0,005
Страх смерти	3,27	1,36	1,87	1,04	0,0001	0,85	1,05	0,0001	0,20	0,41	0,0001
Срах потери контроля, страх сойти с ума	0,53	1,11	0,40	0,81		0,15	0,37	0,03	0,00	0,00	0,03
Ощущение онемения, покалывания	0,80	0,85	0,53	0,63	0,01	0,15	0,37	0,001	0,13	0,35	0,001
Волны жара, холода	1,20	1,24	0,60	0,81	0,001	0,46	0,65	0,002	0,27	0,45	0,0001
степень осознаваемого контроля текущего состояния			2,20	1,00					2,67	0,80	0,002
степень активности пациента в преодолении болезненного расстройства			2,60	1,16					2,93	0,94	0,005
степень независимости пациента от психотерапевта			1,40	0,97					2,87	1,17	0,0001
степень устойчивости психотерапевтического контакта			3,33	0,71					3,47	0,63	0,07

Таблица 4.3 Динамика клинических показателей и показателей критериальной оценки при ПР в общей выборке

Таблица 4.6 Сравнение исходных клинических показателей при ПР в группах ВПТ и РПФТ и ЗУС и УС

Показатель	ЗУС		УС		р	ВПТ		РПФТ		р
	М	SD	М	SD		М	SD	М	SD	
Сердцебиение, повышение ЧСС	3,88	0,34	3,43	0,51	0,02	3,78	0,43	3,50	0,52	
Потливость	2,38	1,02	2,29	1,07		2,44	0,98	2,17	1,11	
Ощущение озноба, тремор	1,75	1,84	3,29	0,47	0,05	2,22	1,66	2,83	1,40	
Сухость во рту	1,50	1,03	0,86	0,86		1,22	1,17	1,17	0,72	
Ощущение нехватки воздуха, одышка	2,75	1,24	3,43	0,76		2,78	1,17	3,50	0,80	0,05
Затруднение дыхания, удушье	2,50	1,15	2,43	1,22		2,56	1,10	2,33	1,30	
Боли, дискомфорт в груди	1,50	1,37	2,00	1,24		1,56	1,29	2,00	1,35	
Тошнота, абдоминальный дискомфорт	0,50	1,03	0,57	1,45		0,44	0,98	0,67	1,56	
Ощущение головокружения, неустойчивости	1,00	1,37	1,43	1,34		0,78	1,17	1,83	1,40	0,03
Дереализация, деперсонализация	0,50	0,89	0,71	0,91		0,67	0,97	0,50	0,80	
Страх смерти	3,88	0,34	2,57	1,74	0,008	3,78	0,43	2,50	1,88	0,05
Срах потери контроля, страх сойти с ума	0,63	1,15	0,43	1,09		0,56	1,10	0,50	1,17	
Ощущение онемения, покалывания	1,13	0,96	0,43	0,51	0,04	1,00	0,97	0,50	0,52	
Волны жара, холода	1,25	1,34	1,14	1,17		1,22	1,44	1,17	0,94	
степень осознаваемого контроля текущего состояния	2,75	1,00	1,57	0,51	0,001	2,56	0,98	1,67	0,78	0,02
степень активности пациента в преодолении болезненного расстройства	3,38	0,89	1,71	0,73	0,0001	3,11	0,90	1,83	1,11	0,003
степень независимости пациента от психотерапевта	2,13	0,34	0,57	0,76	0,0001	2,00	0,49	0,50	0,80	0,0001
степень устойчивости психотерапевтического контакта	3,50	0,52	3,14	0,86		3,44	0,51	3,17	0,94	

Таблица 4.7 Динамика клинических показателей и показателей критериальной оценки при ПР в группе ВПТ

ПР клиника ВПТ											
Показатель	среднее скрининг	SD	среднее 4	SD	достоверность по сравнению с 1	среднее 7	SD	достоверность по сравнению с 1	Среднее окончание	SD	достоверность по сравнению с 1
Сердцебиение, повышение ЧСС	3.78	0.43	2.56	0.51	0.0004	1.44	0.86	0.0002	0.89	0.76	0.001
Потливость	2.44	0.98	1.44	0.98	0.002	0.33	0.49	0.001	0.11	0.32	0.001
Ощущение озноба, тремор	2.22	1.66	1.44	1.10	0.005	0.67	0.69	0.003	0.33	0.49	0.002
Сухость во рту	1.22	1.17	0.78	1.06	0.03	0.22	0.65	0.005	0.11	0.32	0.005
Ощущение нехватки воздуха, одышка	2.78	1.17	1.89	0.90	0.002	1.11	1.13	0.001	0.44	0.51	0.0004
Затруднение дыхания, удушье	2.56	1.10	2.22	1.06	0.03	1.22	0.94	0.001	0.56	0.51	0.001
Боли, дискомфорт в груди	1.56	1.29	0.78	0.65	0.02	0.11	0.32	0.002	0.11	0.32	0.002
Тошнота, абдоминальный дискомфорт	0.44	0.98	0.33	0.69		0.33	0.69		0.11	0.32	
Ощущение головокружения, неустойчивости	0.78	1.17	0.67	1.08		0.22	0.65	0.03	0.00	0.00	0.03
Дереализация, деперсонализация	0.67	0.97	0.44	0.70		0.00	0.00	0.03	0.00	0.00	0.03
Страх смерти	3.78	0.43	2.00	0.69	0.0002	0.44	0.70	0.001	0.11	0.32	0.001
Срах потери контроля, страх сойти с ума	0.56	1.10	0.44	0.86		0.11	0.32		0.00	0.00	
Ощущение онемения, покалывания	1.00	0.97	0.67	0.69	0.03	0.11	0.32	0.005	0.11	0.32	0.005
Волны жара, холода	1.22	1.44	0.78	0.94	0.01	0.56	0.70	0.02	0.33	0.49	0.01
степень осознаваемого контроля текущего состояния			2.56	0.98					2.89	0.76	
степень активности пациента в			3.11	0.9					3.33	0.6	

преодолении болезненного расстройства			0						9	
степень независимости пациента от психотерапевта		2.00	0.49					3.44	0.86	0.001
степень устойчивости психотерапевтического контакта		3.44	0.51					3.56	0.51	

Таблица 4.8 Динамика клинических показателей и показателей критериальной оценки при ПР в группе РПФТ

ПР клиника РПФТ											
Показатель	среднее скрининг	SD	среднее 4	SD	достоверность по сравнению с 1	среднее 7	SD	достоверность по сравнению с 1	Среднее окончание	SD	достоверность по сравнению с 1
Сердцебиение, повышение ЧСС	3.50	0.52	2.83	0.72	0.03	1.83	1.40	0.01	1.17	0.72	0.002
Потливость	2.17	1.11	1.33	0.78	0.03	0.83	0.94	0.03	0.67	0.78	0.01
Ощущение озноба, тремор	2.83	1.40	2.00	1.04	0.01	1.83	0.94	0.005	0.83	0.72	0.005
Сухость во рту	1.17	0.72	1.00	0.85		0.50	0.80	0.01	0.17	0.39	0.005
Ощущение нехватки воздуха, одышка	3.50	0.80	2.50	1.00	0.03	1.67	1.15	0.01	1.33	0.78	0.005
Затруднение дыхания, удушье	2.33	1.30	2.00	1.04		1.33	1.15	0.03	0.83	0.72	0.01
Боли, дискомфорт в груди	2.00	1.35	1.50	1.00	0.03	1.33	0.98	0.01	0.83	0.39	0.01
Тошнота, абдоминальный дискомфорт	0.67	1.56	0.50	1.17		0.17	0.39		0.17	0.39	
Ощущение головокружения, неустойчивости	1.83	1.40	1.33	1.15		0.83	0.94	0.03	0.17	0.39	0.01
Дереализация, деперсонализация	0.50	0.80	0.33	0.49		0.33	0.78		0.00	0.00	
Страх смерти	2.50	1.88	1.67	1.44	0.03	1.17	1.27	0.01	0.33	0.49	0.01
Срах потери контроля, страх сойти с ума	0.50	1.17	0.33	0.78		0.17	0.39		0.00	0.00	

Ощущение онемения, покалывания	0.50	0.5 2	0.33	0.4 9		0.17	0.3 9		0.17	0.3 9	
Волны жара, холода	1.17	0.9 4	0.33	0.4 9	0.03	0.17	0.3 9	0.01	0.17	0.3 9	0.01
степень осознаваемого контроля текущего состояния			1.67	0.7 8					2.33	0.7 8	0.01
степень активности пациента в преодолении болезненного расстройства			1.83	1.1 1					2.33	0.9 8	0.03
степень независимости пациента от психотерапевта			0.50	0.8 0					2.00	1.0 4	0.002
степень устойчивости психотерапевтического контакта			3.17	0.9 4					3.33	0.7 8	

Таблица 4.10 Динамика клинических показателей и показателей критериальной оценки при ГТР в общей выборке

ГТР клиника общие данные											
Показатель	среднее скрининг	SD	среднее 4	SD	достоверность по сравнению с 1	среднее 7	SD	достоверность по сравнению с 1	Среднее окончание	SD	достоверность по сравнению с 1
Сердцебиение, повышение ЧСС	2,45	1,6 0	1,91	1,3 4	0,002	1,00	1,0 7	0,0004	0,36	0,6 6	0,0004
Потливость	1,09	1,1 1	0,82	1,0 5	0,03	0,36	0,9 0	0,005	0,27	0,8 8	0,005
Ощущение озноба, тремор	2,36	1,1 8	2,09	1,2 7		1,18	0,9 6	0,001	0,27	0,4 6	0,0002
Сухость во рту	0,73	0,9 8	0,55	0,8 0		0,27	0,6 3	0,03	0,09	0,2 9	0,01
Ощущение нехватки воздуха, одышка	1,36	1,5 9	1,00	1,1 5	0,01	0,82	1,0 5	0,005	0,36	0,6 6	0,005
Затруднение дыхания, удушье	0,18	0,5 9	0,18	0,5 9		0,00	0,0 0		0,00	0,0 0	
Боли, дискомфорт в груди	1,55	1,2 6	1,18	1,2 2	0,04	0,55	1,0 1	0,005	0,00	0,0 0	0,001
Тошнота, абдоминальный	0,82	1,1	0,64	0,9		0,36	0,6	0,01	0,09	0,2	0,01

дискомфорт		4		0			6			9	
Ощущение головокружения, неустойчивости	1,00	1,2 3	0,91	1,2 7		0,45	0,8 0	0,01	0,09	0,2 9	0,005
Дереализация, деперсонализация	0,09	0,2 9	0,09	0,2 9		0,09	0,2 9		0,00	0,0 0	
Страх смерти	0,36	0,9 0	0,36	0,7 9		0,18	0,3 9		0,00	0,0 0	
Срах потери контроля, страх сойти с ума	0,27	0,8 8	0,18	0,5 9		0,09	0,2 9		0,00	0,0 0	
Ощущение онемения, покалывания	0,82	1,0 5	0,36	0,6 6	0,01	0,00	0,0 0	0,005	0,00	0,0 0	0,005
Волны жара, холода	1,18	1,0 5	0,82	1,0 5	0,03	0,55	1,0 1	0,005	0,18	0,5 9	0,001
Мышечное напряжение или боли	0,82	1,0 5	0,55	0,9 1	0,03	0,27	0,6 3	0,01	0,00	0,0 0	0,005
Беспокойство, неспособность расслабиться	3,09	1,1 1	2,45	1,0 1	0,002	1,73	0,7 7	0,0001	0,55	0,5 1	0,0001
Чувство нервозности, психического напряжения	3,00	0,7 6	2,55	1,0 1	0,005	1,91	0,9 2	0,001	0,73	0,7 7	0,0001
Ощущение кома в горле, затруднения при глотании	1,82	1,1 4	1,45	1,0 1	0,01	0,91	0,8 1	0,002	0,18	0,3 9	0,001
Усиленное реагирование на неожиданные события, испуг	0,45	1,0 1	0,36	0,7 9		0,18	0,5 9		0,18	0,5 9	
Трудности концентрации внимания	1,27	1,3 2	1,27	1,5 2		0,82	0,9 6	0,005	0,36	0,6 6	0,002
Раздражительность	0,91	1,1 1	0,82	0,9 6		0,64	0,7 9		0,27	0,4 6	0,01
Трудности засыпания из-за беспокойства	2,00	1,0 7	1,73	0,9 8		1,09	1,1 1	0,002	0,18	0,5 9	0,0001
степень осознаваемого контроля текущего состояния			2,09	1,1 1					2,91	1,4 1	0,002
степень активности пациента в преодолении болезненного расстройства			2,18	0,7 3					3,00	1,1 5	0,004
степень независимости пациента от психотерапевта			1,73	0,6 3					2,73	0,8 8	0,001
степень устойчивости психотерапевтического контакта			2,91	0,6 8					3,27	0,6 3	0,01





Таблица 4.13 Сравнение исходных клинических показателей при ГТР в группах ВПТ и РПФТ и ЗУС и УС

Показатель	ЗУС		УС		p	ВПТ		РПФТ		p
	М	SD	М	SD		М	SD	М	SD	
Сердцебиение, повышение ЧСС	2,83	1,40	2,00	1,76		2,29	1,54	2,75	1,75	
Потливость	1,33	0,98	0,80	1,23		0,57	0,94	2,00	0,76	0,005
Ощущение озноба, тремор	2,50	1,17	2,20	1,23		2,43	1,09	2,25	1,39	
Сухость во рту	0,67	0,98	0,80	1,03		0,57	0,94	1,00	1,07	
Ощущение нехватки воздуха, одышка	1,17	1,75	1,60	1,43		1,71	1,64	0,75	1,39	
Затруднение дыхания, удушье	0,33	0,78	0,00	0,00		0,29	0,73	0,00	0,00	
Боли, дискомфорт в груди	2,17	1,11	0,80	1,03	0,01	2,00	0,96	0,75	1,39	
Тошнота, абдоминальный дискомфорт	0,33	0,78	1,40	1,26	0,03	1,29	1,20	0,00	0,00	0,01
Ощущение головокружения, неустойчивости	1,33	1,44	0,60	0,84		0,29	0,73	2,25	0,89	0,001
Дереализация, деперсонализация	0,17	0,39	0,00	0,00		0,14	0,36	0,00	0,00	
Страх смерти	0,67	1,15	0,00	0,00		0,43	1,09	0,25	0,46	
Страх потери контроля, страх сойти с ума	0,00	0,00	0,60	1,26		0,43	1,09	0,00	0,00	
Ощущение онемения, покалывания	1,00	0,85	0,60	1,26		1,00	1,11	0,50	0,93	
Волны жара, холода	1,50	0,80	0,80	1,23		0,71	0,91	2,00	0,76	0,01
Мышечное напряжение или боли	0,50	0,80	1,20	1,23		1,14	1,17	0,25	0,46	
Беспокойство, неспособность расслабиться	3,33	0,49	2,80	1,55		3,14	0,36	3,00	1,85	
Чувство нервозности, психического напряжения	3,17	0,39	2,80	1,03		3,14	0,36	2,75	1,16	
Ощущение кома в горле, затруднения при глотании	1,50	1,31	2,20	0,79		2,29	0,73	1,00	1,31	0,03
Усиленное реагирование на неожиданные события, испуг	0,33	0,78	0,60	1,26		0,29	0,73	0,75	1,39	
Трудности концентрации внимания	0,83	0,94	1,80	1,55		1,29	1,33	1,25	1,39	
Раздражительность	1,50	1,17	0,20	0,42	0,01	0,71	1,20	1,25	0,89	
Трудности засыпания из-за беспокойства	2,00	1,04	2,00	1,15		2,00	0,96	2,00	1,31	
степень осознаваемого контроля текущего состояния	2,67	0,98	1,40	0,84	0,01	2,57	0,76	1,25	1,16	0,01
степень активности пациента в преодолении болезненного расстройства	2,17	0,72	2,20	0,79		2,29	0,73	2,00	0,76	
степень независимости пациента от психотерапевта	1,67	0,49	1,80	0,79		1,71	0,47	1,75	0,89	
степень устойчивости психотерапевтического контакта	3,17	0,72	2,60	0,52		2,86	0,66	3,00	0,76	

Таблица 4.14 Динамика клинических показателей и показателей критериальной оценки при ГТР в группе ВПТ

Показатель	среднее скрининг	SD	среднее 4	SD	достоверность по сравнению с 1	среднее 7	SD	достоверность по сравнению с 1	Среднее окончание	SD	достоверность по сравнению с 1
Сердцебиение, повышение ЧСС	2.29	1.54	1.71	1.20	0.01	0.86	0.86	0.005	0.14	0.36	0.005
Потливость	0.57	0.94	0.43	0.76		0.00	0.00		0.00	0.00	
Ощущение озноба, тремор	2.43	1.09	1.86	1.03	0.03	0.86	0.66	0.002	0.29	0.47	0.002
Сухость во рту	0.57	0.94	0.29	0.47		0.00	0.00		0.00	0.00	
Ощущение нехватки воздуха, одышка	1.71	1.64	1.29	1.20	0.01	1.00	1.11	0.01	0.57	0.76	0.01
Затруднение дыхания, удушье	0.29	0.73	0.29	0.73		0.00	0.00		0.00	0.00	
Боли, дискомфорт в груди	2.00	0.96	1.29	0.73	0.005	0.43	0.76	0.005	0.00	0.00	0.002
Тошнота, абдоминальный дискомфорт	1.29	1.20	1.00	0.96		0.57	0.76	0.01	0.14	0.36	0.01
Ощущение головокружения, неустойчивости	0.29	0.73	0.29	0.73		0.00	0.00		0.00	0.00	
Дереализация, деперсонализация	0.14	0.36	0.14	0.36		0.14	0.36		0.00	0.00	
Страх смерти	0.43	1.09	0.29	0.73		0.14	0.36		0.00	0.00	
Срах потери контроля, страх сойти с ума	0.43	1.09	0.29	0.73		0.14	0.36		0.00	0.00	
Ощущение онемения, покалывания	1.00	1.11	0.43	0.76	0.03	0.00	0.00	0.01	0.00	0.00	0.01
Волны жара, холода	0.71	0.91	0.29	0.47		0.00	0.00	0.03	0.00	0.00	0.03
Мышечное напряжение или боли	1.14	1.17	0.86	1.03		0.43	0.76	0.03	0.00	0.00	0.01
Беспокойство, неспособность расслабиться	3.14	0.36	2.43	0.51	0.01	1.71	0.47	0.001	0.57	0.51	0.001
Чувство нервозности, психического напряжения	3.14	0.36	2.71	0.47	0.03	1.86	0.66	0.002	0.71	0.73	0.001
Ощущение кома в горле,	2.29	0.7	1.86	0.3	0.01	1.14	0.6	0.01	0.14	0.3	0.001

затруднения при глотании		3		6		6		6			
Усиленное реагирование на неожиданные события, испуг	0.29	0.7 3	0.29	0.7 3		0.00	0.0 0		0.00	0.0 0	
Трудности концентрации внимания	1.29	1.3 3	1.14	1.4 1		0.71	0.9 1	0.01	0.29	0.4 7	0.01
Раздражительность	0.71	1.2 0	0.57	0.9 4		0.29	0.4 7		0.14	0.3 6	
Трудности засыпания из-за беспокойства	2.00	0.9 6	1.57	0.7 6		0.71	0.7 3	0.005	0.00	0.0 0	0.002
степень осознаваемого контроля текущего состояния			2.57	0.7 6					3.29	0.9 1	0.01
степень активности пациента в преодолении болезненного расстройства			2.29	0.7 3					3.29	0.7 3	0.005
степень независимости пациента от психотерапевта			1.71	0.4 7					3.00	0.7 8	0.002
степень устойчивости психотерапевтического контакта			2.86	0.6 6					3.29	0.4 7	0.03

Таблица 4.15 Динамика клинических показателей и показателей критериальной оценки при ГТР в группе РПФТ

ГТР клиника ПФТ											
Показатель	среднее скрининг	SD	среднее 4	SD	достоверность по сравнению с 1	среднее 7	SD	достоверность по сравнению с 1	Среднее окончание	SD	достоверность по сравнению с 1
Сердцебиение, повышение ЧСС	2.75	1.7 5	2.25	1.5 8		1.25	1.3 9	0.03	0.75	0.8 9	0.03
Потливость	2.00	0.7 6	1.50	1.2 0		1.00	1.3 1	0.03	0.75	1.3 9	0.03
Ощущение озноба, тремор	2.25	1.3 9	2.50	1.6 0		1.75	1.1 6		0.25	0.4 6	0.03
Сухость во рту	1.00	1.0 7	1.00	1.0 7		0.75	0.8 9		0.25	0.4 6	
Ощущение нехватки воздуха, одышка	0.75	1.3 9	0.50	0.9 3		0.50	0.9 3		0.00	0.0 0	
Затруднение дыхания, удушье	0.00	0.0 0	0.00	0.0 0		0.00	0.0 0		0.00	0.0 0	
Боли, дискомфорт в груди	0.75	1.3 9	1.00	1.8 5		0.75	1.3 9		0.00	0.0 0	

Тошнота, абдоминальный дискомфорт	0.00	0.00	0.00	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00	
Ощущение головокружения, неустойчивости	2.25	0.89	2.00	1.31		1.25	0.89	0.03	0.25	0.46	0.01
Дереализация, деперсонализация	0.00	0.00	0.00	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00	
Страх смерти	0.25	0.46	0.50	0.93		0.25	0.46		0.00	0.00	
Срах потери контроля, страх сойти с ума	0.00	0.00	0.00	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00	
Ощущение онемения, покалывания	0.50	0.93	0.25	0.46		0.00	0.00		0.00	0.00	
Волны жара, холода	2.00	0.76	1.75	1.16		1.50	1.20		0.50	0.93	0.01
Мышечное напряжение или боли	0.25	0.46	0.00	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00	
Беспокойство, неспособность расслабиться	3.00	1.85	2.50	1.60		1.75	1.16	0.03	0.50	0.53	0.03
Чувство нервозности, психического напряжения	2.75	1.16	2.25	1.58		2.00	1.31	0.03	0.75	0.89	0.01
Ощущение кома в горле, затруднения при глотании	1.00	1.31	0.75	1.39		0.50	0.93		0.25	0.46	
Усиленное реагирование на неожиданные события, испуг	0.75	1.39	0.50	0.93		0.50	0.93		0.50	0.93	
Трудности концентрации внимания	1.25	1.39	1.50	1.77		1.00	1.07		0.50	0.93	
Раздражительность	1.25	0.89	1.25	0.89		1.25	0.89		0.50	0.53	
Трудности засыпания из-за беспокойства	2.00	1.31	2.00	1.31		1.75	1.39		0.50	0.93	0.03
степень осознаваемого контроля текущего состояния			1.25	1.16					2.25	1.91	
степень активности пациента в преодолении болезненного расстройства			2.00	0.76					2.50	1.60	
степень независимости пациента от психотерапевта			1.75	0.89					2.25	0.89	
степень устойчивости психотерапевтического			3.00	0.76					3.25	0.89	

контакта																					
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Таблица 4.22 Корреляционная матрица переменных, включенных в модель дискриминантного анализа

	MMPI L	MMPI 1	MMPI 5	MMPI 7	MMPI 9	1 Поддержание контроля	2 Позитивное мышление	3 устремленность	4 Стремление к осведомленности	5 Внимательное отношение к	6 Положительное отношение к	7 Позитивные эмоции	8 Позитивные ожидания/ надежды	9 Возможность выбора	10 Идентифицированность	11 Ответственность за свои действия	12 Продуктивное противостояние	13 Приятие	14 Способность питаться эмоциями	15 Социальная поддержка	16 Целостность
MMPI L	1,00	-0,14	0,39	-0,14	-0,23	0,07	0,04	-0,02	0,10	-0,02	-0,05	-0,04	0,13	0,00	0,11	0,09	-0,04	0,04	-0,17	-0,08	0,03
MMPI 1	-0,14	1,00	0,29	0,81	-0,50	-0,53	-0,52	-0,47	-0,59	-0,57	-0,53	-0,57	-0,49	-0,56	-0,70	-0,73	-0,49	-0,27	-0,58	-0,58	-0,48
MMPI 5	0,39	0,29	1,00	0,27	-0,30	-0,27	-0,35	-0,36	-0,33	-0,39	-0,39	-0,32	-0,27	-0,32	-0,29	-0,25	-0,30	-0,45	-0,38	-0,43	-0,41
MMPI 7	-0,14	0,81	0,27	1,00	-0,41	-0,63	-0,66	-0,53	-0,69	-0,66	-0,61	-0,72	-0,67	-0,61	-0,71	-0,72	-0,64	-0,42	-0,54	-0,66	-0,57
MMPI 9	-0,23	-0,50	-0,30	-0,41	1,00	0,38	0,38	0,19	0,42	0,46	0,24	0,31	0,22	0,43	0,33	0,37	0,42	0,26	0,36	0,34	0,26
1 Поддержание контроля	0,07	-0,53	-0,27	-0,63	0,38	1,00	0,90	0,82	0,95	0,88	0,75	0,87	0,82	0,92	0,89	0,85	0,83	0,73	0,83	0,91	0,84
2 Позитивное мышление	0,04	-0,52	-0,35	-0,66	0,38	0,90	1,00	0,77	0,90	0,89	0,75	0,93	0,70	0,92	0,86	0,75	0,87	0,65	0,72	0,93	0,91

3 Целеустремленность	-0,02	-0,47	-0,36	-0,53	0,19	0,82	0,77	1,00	0,87	0,77	0,76	0,74	0,83	0,73	0,83	0,76	0,74	0,83	0,78	0,86	0,83
4 Стремление к осведомленности	0,10	-0,59	-0,33	-0,69	0,42	0,95	0,90	0,87	1,00	0,89	0,81	0,84	0,86	0,91	0,92	0,89	0,85	0,81	0,84	0,92	0,87
5 Внимательное отношение к своему здоровью	-0,02	-0,57	-0,39	-0,66	0,46	0,88	0,89	0,77	0,89	1,00	0,69	0,78	0,69	0,86	0,79	0,72	0,96	0,74	0,72	0,87	0,83
6 Положительное отношение к врачам	-0,05	-0,53	-0,39	-0,61	0,24	0,75	0,75	0,76	0,81	0,69	1,00	0,72	0,74	0,77	0,82	0,77	0,66	0,66	0,82	0,83	0,72
7 Позитивные эмоции	-0,04	-0,57	-0,32	-0,72	0,31	0,87	0,93	0,74	0,84	0,78	0,72	1,00	0,72	0,86	0,87	0,79	0,80	0,54	0,74	0,93	0,88
8 Позитивные ожидания/надежды	0,13	-0,49	-0,27	-0,67	0,22	0,82	0,70	0,83	0,86	0,69	0,74	0,72	1,00	0,72	0,78	0,81	0,67	0,81	0,76	0,78	0,67
9 Возможность выбора	0,00	-0,56	-0,32	-0,61	0,43	0,92	0,92	0,73	0,91	0,86	0,77	0,86	0,72	1,00	0,87	0,82	0,80	0,63	0,78	0,91	0,81
10 Ориентированность на настоящее/будущее	0,11	-0,70	-0,29	-0,71	0,33	0,89	0,86	0,83	0,92	0,79	0,82	0,87	0,78	0,87	1,00	0,96	0,74	0,64	0,84	0,93	0,85
11 Ответственность за свои действия	0,09	-0,73	-0,25	-0,72	0,37	0,85	0,75	0,76	0,89	0,72	0,77	0,79	0,81	0,82	0,96	1,00	0,67	0,61	0,86	0,86	0,73
12 Продуктивное противостояние стрессу	-0,04	-0,49	-0,30	-0,64	0,42	0,83	0,87	0,74	0,85	0,96	0,66	0,80	0,67	0,80	0,74	0,67	1,00	0,70	0,71	0,86	0,82
13 Принятие	0,04	-0,27	-0,45	-0,42	0,26	0,73	0,65	0,83	0,81	0,74	0,66	0,54	0,81	0,63	0,64	0,61	0,70	1,00	0,66	0,71	0,69
14 Способность делиться эмоциями	-0,17	-0,58	-0,38	-0,54	0,36	0,83	0,72	0,78	0,84	0,72	0,82	0,74	0,76	0,78	0,84	0,86	0,71	0,66	1,00	0,88	0,71
15 Социальная поддержка	-0,08	-0,58	-0,43	-0,66	0,34	0,91	0,93	0,86	0,92	0,87	0,83	0,93	0,78	0,91	0,93	0,86	0,86	0,71	0,88	1,00	0,89

16 Целостность	0,03	-0,48	-0,41	-0,57	0,26	0,84	0,91	0,83	0,87	0,83	0,72	0,88	0,67	0,81	0,85	0,73	0,82	0,69	0,71	0,89	1,00
----------------	------	-------	-------	-------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

## Приложение 2 Клинические примеры

### Пример 1.

Пациентка И., 31 год, замужем, от брака сын 10 лет, образование высшее, работает по специальности инженером.

**Диагноз:** F41.0 Паническое расстройство

#### **Анамнез:**

**Мать:** по характеру тревожная, во всем любит порядок. По отношению к дочери была строгой, старалась во всем ее контролировать. Образование высшее, работала инженером, занимала руководящие посты. Когда пациентке было 10 лет переехала вместе с ней в другой город, с мужем с тех пор не жила, мотивируя это его алкоголизацией.

**Отец:** по характеру впечатлительный, любил находиться в центре внимания, проводил много времени в компании друзей. Работал шахтером. Злоупотреблял алкоголем, бывали запои, в состоянии алкогольного опьянения бывал агрессивен, избивал жену.

Пациентка родилась в Ростовской области, единственный ребенок в семье. Родилась на седьмом месяце беременности, в дальнейшем росла и развивалась согласно возрасту. По характеру с детства была ответственной, послушной, стеснительной, ранимой, нередко испытывала тревогу перед контрольными, экзаменами, была склонна к сомнениям, испытывала трудности при принятии решений. В отношениях с родителями сильно зависела от матери, всегда старалась ей угодить. Мать часто подвергала ее критике, требовала от нее лучших результатов в учебе. Отца побаивалась, с тревогой ждала, что он может прийти домой пьяным, часто подвергалась нападкам с его стороны. Старалась хорошо учиться, однако испытывала трудности сосредоточения и концентрации



внимания, что связывала с чувством страха, который постоянно испытывала, в связи с неблагополучной ситуацией в семье. Так, не могла сконцентрироваться во время ответов у доски, написания контрольных работ. В свободное от учебы время по настоянию матери занималась танцами. В своих увлечениях была пассивна, зависела от мнения матери. Отношения со сверстниками складывались нормально, имела несколько подруг, но новые знакомства заводила с трудом. Школу закончила с хорошими отметками и поступила в московский горный институт по специальности инженер золотодобычи. Во время учебы познакомилась со своим будущим мужем и вскоре оформила брак (20 лет). Через год после выхода замуж родила сына. Отношения в семье были ровными, муж много времени посвящал работе, пациентка занималась домашним хозяйством. Часто жаловалась на трудности принятия решений, расстраивалась, что не получала поддержки от мужа в этом вопросе. После окончания ВУЗа устроилась на работу в НИИ по специальности, где и работает по настоящее время. Работой была не довольна, жаловалась на низкий уровень выполняемых проектов, низкую заработную плату, но сменить место работы боялась, не будучи уверенной в своих профессиональных навыках.

Состояние впервые изменилось в возрасте 25 лет, когда во время поездки в метро ощутила приступ тревоги, сопровождавшийся ощущением тошноты, спазма в области эпигастрия, ощущением сердцебиения, потливостью, болью в грудной клетке слева, испытывала страх того, что может не сдержать позыва на рвоту в общественном месте. Через месяц снова отмечался подобный приступ, после чего из-за страха повторения приступа стала сильно ограничивать себя в еде. За 2-3 недели похудела на 8кг (с 57 до 49кг). Жаловалась на нарушения сна с трудностями засыпания, что связывала с постоянными тревожными размышлениями о своем состоянии, о текущих бытовых делах. Отмечала страх повторения приступа, старалась как можно меньше ездить на метро. Обратилась за консультацией к психиатру, получала венлафаксин, сертралин, эсциталопрам, на фоне приема препаратов отмечала некоторое улучшение – уменьшение

частоты приступов паники, снижение тревоги. Вскоре снова набрала исходный вес, в дальнейшем проблем с аппетитом не было. Подбор препаратов проходил с трудом, на фоне приема венлафаксина жаловалась на усиление тошноты, боли внизу живота, на фоне приема эсциталопрама отмечала усиления тревоги. Со временем стала испытывать страх поездок на любом виде общественного транспорта, усилился страх повторения приступа. Стала более тревожной, испытывала тревогу за здоровье близких, проявляла повышенное беспокойство по отношению к ребенку, излишне опекала его. Боялась, что мужа могут уволить с работы и они лишатся средств к существованию. Отмечала снижение настроения, жаловалась на слабость, вялость, раздражительность. Часто конфликтовала с сыном по поводу плохих успехов в учебе, недостаточно тщательного выполнения домашних заданий. Жаловалась на усиление трудностей при принятии решений, тревогу при общении с малознакомыми, значимыми (начальство на работе, руководство школы, где учился сын) людьми. Несмотря на свое состояние, продолжала работать, занималась общественно полезной деятельностью, была главой родительского комитета в школе, организовывала общественные мероприятия. Считала, что из-за того, что она мало зарабатывает, должна как можно больше внимания уделять сыну, идеально вести домашнее хозяйство. После назначения анафранила (пациентке 28 лет) состояние несколько улучшилось, Приступы паники почти прекратились, однако сохранялись жалобы на слабость, вялость, тревогу по поводу бытовых ситуаций. На фоне приема анафранила поправилась на 7 кг, жаловалась на сухость во рту, сонливость, ощущение заторможенности. Обратилась за помощью к психотерапевту, на фоне психотерапевтического лечения отмечала улучшение состояния, отказалась от приема препаратов. В течение года чувствовала себя удовлетворительно, приступов паники практически не было, настроение было ровным, значительно снизилась тревога.

Летом 2013 года снова стала жаловаться на приступы тревоги, возникающие при поездках в метро, сопровождающиеся страхом возникновения рвоты, однако,

отмечала, что приступы стали менее выраженными, по сравнению с предыдущими. Вместе с тем, отмечала усиление тревожности, вновь появились слабость, вялость, нежелание что-либо делать, раздражительность. Конфликтовала с сыном, мужем. По назначению психиатра принимала сертралин. На фоне приема сертралина отмечала некоторое снижение уровня тревоги, приступы паники сохранялись. Обратилась в МНИИП с целью прохождения курса психотерапии в рамках научного исследования.

**Психический статус:** Охотно соглашается на беседу с врачом. Выглядит согласно возрасту. Одетая, причесана аккуратно, пользуется косметикой. Поза скованная, выглядит встревоженной, мелко перебирает руками. Мимика живая, соответствует теме беседы. Голос тихий, интонационно окрашенный. На вопросы отвечает по существу, подробно рассказывает о своем состоянии. Жалуется на приступы тревоги, возникающие при поездках в метро, сопровождающиеся ощущениями тошноты, спазма в области эпигастрия, потливости, сердцебиения, слабости в ногах, страхом возникновения рвоты, ощущением паники. Отмечает страх повторения приступов, испытывает тревогу перед длительными поездками или поездками в незнакомые места. Жалуется на тревогу, связанную с бытовыми вопросами, тревогу по поводу своего будущего, боится, что муж может быть уволен с работы, беспокоится по поводу трудностей сына в учебе. Жалуется на раздражительность, часто конфликтует с ребенком, во время конфликтов несдержанна, повышает голос, оскорбляет близких. На высоте конфликта отмечает навязчивое зажмуривание, закатывание глаз. Жалуется на постоянное ощущение усталости, вялости, слабости, нежелания что-либо делать. С целью коррекции состояния принимает сертралин 100мг в сутки, на фоне приема отмечает некоторое снижение общего уровня тревоги. Сон с трудностями засыпания, сообщает, что заснуть мешают постоянные навязчивые размышления о текущих бытовых проблемах. Аппетит достаточный. Суицидальные мысли отрицает. Психотической симптоматики не обнаруживает.

### **Терапевтическая динамика:**

На консультативной сессии, на основании клинико-анамнестического исследования была получена динамическая картина развития тревожного расстройства невротического уровня, определяющегося приступами паники, фобией метро, избегающим поведением, общетревожной симптоматикой у личности с тревожными, психастеническими чертами. После краткого разъяснения природы тревоги и особенностей развития тревожных расстройств, с пациенткой проведено обсуждение ее клинико-биографического материала, в котором развитие тревожного расстройства связывалось с: 1) с личностными особенностями, 2) ситуацией необходимости принятия самостоятельных решений в отношении семьи при отсутствии поддержки со стороны мужа, 3) неудовлетворенностью профессией и местом работы, 4) повышенной ответственностью, перфекционизмом в отношении воспитания ребенка. Подчеркнуты психологическая обусловленность, понятность, внутренняя логичность развития тревожного невротического расстройства. Подчеркнута паттерновая обусловленность развившегося на высоте вегетативного приступа интенсивного страха предстать перед окружающими в невыгодном свете. Обсуждены пути разрешения болезненной проблематики, предложена психотерапевтическая помощь в формате когнитивно-ориентированной психотерапии и гипнотерапии. Выделена главная особенность проводимой психотерапии, заключающаяся в необходимости сознательной активности пациента в отношении преодоления болезненного расстройства. Подчеркнута роль психотерапевта, заключающаяся в разумной поддержке, техническом обеспечении, этапной оценке.

Проведено 17 сессий психотерапии, в том числе 3 в формате групповой гипнотерапии. Методика универсальной гипнотерапии применялась со 2-й по 17-ю сессию. Все сессии проведены с частотой 2 раза в неделю, между сессиями 14 и 15 пациентка прерывала терапию на месяц в связи с семейной ситуацией (необходимость ухаживать за мужем, перенесшим перелом ноги и сыном,

перенесшим операцию).

После третьей сессии пациентка отметила улучшение состояния, сообщала, что нормализовался ночной сон, перестала беспокоить тревога при поездках в метро. Сохранялись жалобы на тревогу в течение дня, страх возобновления приступов. В связи с положительной динамикой состояния после 5-й сессии дозировка сертралина была снижена до 50 мг в сутки.

На восьмой сессии состояние пациентки ухудшилось, жаловалась на ощущение усталости, вялости, слабости, усиление тревоги в течение дня, приступы паники в общественном транспорте отсутствовали. Ухудшение связывала с возникшими у сына проблемами (родители одноклассника подали в суд за драку на перемене). С 9-й по 17-ю сессии отмечалось прогредиентное улучшение состояния. Сертралин был отменен после 15-й сессии. На 17-й встрече было принято совместное решение о прекращении психотерапии.

На момент окончания терапии приступы паники отсутствовали, пациентка отмечала значительное снижение уровня тревожности. И. стала самостоятельно передвигаться на общественном транспорте, приняла решение о продаже квартиры с целью улучшения жилищных условий, стала проще переносить ответственность на работе, принимать решения. Нормализовала отношения с сыном, прекратила постоянно опекать его. Требовала от мужа принимать больше участия в семейной жизни, воспитании сына. Тем не менее, сохранялись жалобы на раздражительность, повышенную тревожность в стрессовых ситуациях, сопровождающуюся ощущением сердцебиения, нехватки воздуха, с которыми удавалось самостоятельно справиться усилием воли.

Состояние пациентки на момент окончания лечения было оценено как «Улучшение состояния» в связи с неполной редукцией симптоматики. Сама И. оценивала свое состояние так же как «Улучшение». При катамнестической оценке через 2 года состояние пациентки оставалось без изменений.

## Пример 2

Пациентка А. 20 лет, не замужем. Образование среднее, не работает.

Диагноз: F41.0 Паническое расстройство

### Анамнез:

Мать: по характеру вспыльчивая, несдержанная, в своем поведении старалась соответствовать социальным нормам, быть «не хуже других». Религиозна, прививала религиозность дочери. Образование среднее специальное, в течение жизни работала тренером по самбо в школах и секциях, подрабатывает продавцом в продовольственном магазине. В течение многих лет злоупотребляет алкоголем.

Отец: отца не помнит, родители развелись, когда ей было 2 года. Впоследствии мать в качестве причины развода называла алкоголизацию бывшего мужа.

Родилась в г. Сызрань, первым ребенком в семье. Сводный брат на 8 лет младше, родился от второго брака матери. В раннем развитии от сверстников не отставала. С детства росла активной, подвижной, общительной. Быстро достигая успехов в какой-то области, меняла свои увлечения. В школе училась средне, не испытывала интереса к учебе, но материал усваивала легко. С детства занималась спортом: спортивной гимнастикой, футболом, бальными танцами, стендовой стрельбой, посещала театральный кружок, кружок вокала. Спортом занималась с удовольствием, охотно участвовала в соревнованиях, выступала на межгородских соревнованиях по спортивной гимнастике, на международном уровне по стендовой стрельбе. С возраста 3 лет жила с матерью и отчимом. В возрасте 5 лет наблюдала попытку повешения отчима, пыталась помочь ему выбраться из петли, в результате он был спасен вернувшейся с работы матерью. После этого события боялась оставаться с ним дома, старалась избегать таких ситуаций задерживаясь в школе, на спортивных секциях. Если все же оставалась с ним одна, старалась не

отходить от него, боясь, что он что-нибудь с собой сделает. В этот период появился страх темноты, до настоящего времени спит только с включенным светом.

С возраста 7 лет была свидетелем постоянных конфликтов в семье, возникавших на фоне злоупотребления алкоголем, заканчивавшихся драками, угрозами суицида со стороны отчима. Когда А. было 12 лет отчим погиб в автокатастрофе. Вскоре у матери появился другой мужчина, отношения с новым отчимом складывались плохо, постоянно выслушивала от него придирки по поводу ее внешности, круга общения, невысоких результатов в учебе. Отчим настаивал на ее скорейшем отделении от семьи, считал, что она должна как можно раньше начать работать, чтобы иметь возможность жить отдельно, помогать матери материально.

В возрасте 10 лет, находясь дома с двухлетним братом, пережила нападение на квартиру, когда в течение часа незнакомый мужчина в состоянии алкогольного опьянения пытался выломать дверь, кричал, что убьет всех находящихся внутри. Свое состояние в этот момент описывает как ощущение ужаса, панического страха, считала, что не выживет. После этого события стала бояться оставаться дома одна, возвращаясь с занятий вместе с братом, ждала мать у подъезда. Страх сохранялся до возраста 15 лет. Принимала активное участие в воспитании брата, с возраста 2 лет самостоятельно забирала его из детских дошкольных учреждений, проводила с ним время до прихода матери. С 15 лет начала работать помощником продавца в магазине. Заработанные деньги отдавала матери.

В возрасте 17 лет подверглась изнасилованию со стороны охранника в школе, никому об этом не рассказала. В дальнейшем пыталась встречаться с ним, оправдывала его поведение. Через некоторое время узнала, что беременна, сообщила об этом молодому человеку, после чего он жестоко избил ее, надеясь, что у нее случится выкидыш. Рассказала матери о произошедшем, с помощью нее сделала аборт частным образом из-за нежелания возбуждать уголовное дело по отношению к насильнику. На фоне этих событий, большой учебной нагрузки в связи с предстоящими экзаменами впервые отметила возникновение приступа

паники. На следующий день после алкоголизации (2-3 бутылки пива) почувствовала себя плохо, жаловалась на усиленное сердцебиение, ощущение нехватки воздуха, потливость, дрожь в конечностях, страх смерти от остановки сердца. Подобные состояния повторялись ежедневно в течение недели. На высоте состояния вызывала бригаду СМП, после приезда врачей успокаивалась. Через неделю состояние купировалось самостоятельно.

После окончания школы поступила в институт телевидения и радиовещания на платной основе. Чтобы оплачивать обучение работала продавцом. Продолжала заниматься спортом, участвовала в соревнованиях. После полугода обучения поняла, что неверно выбрала специальность, была недовольна образовательным процессом, не испытывала интереса к учебе, в связи с чем написала заявление об отчислении. Часто меняла места работы, иногда увольнялась из-за того, что была не довольна условиями труда, иногда ее увольняли за прогулы, нарушения рабочей дисциплины. К неприятностям на работе относилась легко, быстро находила новое место. В 2013 году стала встречаться с молодым человеком на 8 лет ее старше, который узнав об обстановке у нее дома, пригласил ее жить к себе. Последние полгода жила у молодого человека, не работала, мотивируя это тем, что ей нужно «отдохнуть от всего, что было». При этом брала кредиты в банках на небольшие суммы, говорила, что сможет отдать деньги, когда выйдет на работу. Этот период считает самым спокойным в своей жизни. Чувствовала себя хорошо, стала нормально питаться, в связи с чем, поправилась на 8кг (с 50 до 58 при росте 165см).

Летом 2013 поступала в высшее театральное училище им. Щепкина, прошла собеседование, но не была принята в связи с низкими результатами ЕГЭ. Тем же летом поехала отдыхать на море с молодым человеком. На фоне сильной жары, употребления алкоголя, находясь на пляже, ощутила страх задохнуться, сопровождавшийся сердцебиением, потливостью, ощущением нехватки воздуха, ознобом, дрожью в конечностях, чувством паники. В последующем испытывала тревогу при нахождении на открытых пространствах, старалась избегать широких улиц, площадей. Тем не менее, продолжала передвигаться самостоятельно,



приступов паники не было. Через месяц была госпитализирована в стационар с диагнозом самопроизвольный аборт. Не знала, что беременна, не понимала, что с ней происходит. Была напугана сильным кровотечением, много времени провела в приемном отделении, после чего была госпитализирована в реанимацию в связи с большой кровопотерей. Все это время была убеждена, что умирает, испытывала панический страх. Во время нахождения в больнице стали беспокоить эпизоды страха смерти от удушья, остановки сердца, возникающие спонтанно, сопровождающиеся ощущением сердцебиения, нехватки воздуха, потливостью, тремором конечностей. Постоянно требовала к себе внимания медперсонала, настаивала на периодическом измерении давления, пульса. Несколько раз за время госпитализации получала диазепам, после чего успокаивалась. Соматическое состояние быстро улучшилось, и через неделю была выписана домой. После выписки жалобы сохранялись, помимо спонтанных приступов паники, усилился страх открытых пространств, почти полностью прекратила выходить на улицу. Возникли трудности засыпания, снизился аппетит. Приступы паники беспокоили 3-4 раза в день, постоянно измеряла АД и ЧСС, чувствуя некоторое облегчение от этих процедур. Приняла решение обратиться в МНИИП с целью прохождения курса психотерапии в рамках научного исследования.

### **Психический статус:**

Охотно беседует с врачом. Выглядит встревоженной, напряженной. Мимика богатая, соответствует теме беседы. Пользуется жестами для подкрепления своих высказываний. Сидит в напряженной позе, движения резкие, размашистые. Старается произвести хорошее впечатление. Голос средней громкости, интонационно окрашен. На вопросы отвечает по существу, подробно рассказывает о своем состоянии, охотно сообщает анамнестические сведения.

Жалуется на приступы тревоги, сопровождающиеся ощущением сердцебиения, нехватки воздуха, неполноты вдоха, комом в горле, тремором конечностей, потливостью, страхом смерти от удушья, инфаркта. Подобные

состояния возникают спонтанно по 3-4 раза в день, либо при передвижении на открытых пространствах. Во время спонтанных приступов измеряет АД, ЧСС, пытаюсь успокоиться, убедиться в том, что она соматически здорова. Передвигаясь по улице, намечает себе цель в виде ближайшего кафе или магазина, куда сможет зайти в случае возникновения приступа тревоги. Отмечает страх повторения приступа, в связи с чем почти не выходит на улицу. Спонтанные приступы описывает как более тягостные, «непонятные», пытается определить условия, вызывающие их возникновение. Размышляет о наличии у нее соматического заболевания, понимает, что ее состояние связано с психическим расстройством, но на высоте тревоги теряет эту уверенность, подозревает, что больна каким-то заболеванием сердечно-сосудистой системы. Испытывает постоянную тревогу, страх повторения приступа, постоянно размышляя на тему собственного состояния не может ни на чем сконцентрироваться. Тяготится своим материальным положением, говорит, что планировала выходить на работу, но из-за своего состояния вынуждена отложить это решение. Сон нарушен с трудностями засыпания, при засыпании отмечает навязчивые воспоминания о периоде нахождения в реанимации, иногда с ощущением нахождения в этой ситуации. Аппетит несколько снижен, говорит, что часто «забывает» поесть, концентрируясь на своем состоянии. Суицидальные мысли отрицает, прием психоактивных веществ отрицает. Психотической симптоматики не обнаруживает. Настроена на лечение.

#### **Терапевтическая динамика:**

На основе анализа клинико-anamnestических данных картина заболевания была определена как тревожное расстройство невротического уровня. Состояние определялось приступами паники, агорафобией, нестойкими ипохондрическими идеями, избегающим поведением, последствиями перенесенной психотравмы у личности с гипертимными чертами.

Возникновение тревожного расстройства в процессе обсуждения было

связано с: 1) сложной обстановкой в семье, конфликтами с матерью, отчимом; 2) повторяющимися психотравмирующими событиями; 3) возрастным кризисом, попыткой перехода к самостоятельной жизни; 4) употреблением алкоголя.

Проведено 15 сессий психотерапии, в том числе 4 в формате групповой гипнотерапии. Методика универсальной гипнотерапии применялась со 2-й сессии по 14-ю. Все сессии проведены с частотой 2 раза в неделю. После первого сеанса гипнотерапии отметила улучшение состояния, стала меньше бояться передвижения по открытым пространствам. После 4 сессии значительно снизилась частота спонтанных приступов (с 3-4 в день до 3-4 в неделю), нормализовался сон, устроилась на работу продавцом-консультантом. По дороге с работы по-прежнему старалась избегать широких улиц, просила знакомую по работе провожать ее. С 4-й по 12-ю сессии отмечала прогредиентное улучшение состояния, после 12-й встречи тревожная симптоматика полностью купировалась. Последние 3 сессии были посвящены обсуждению планов А. в отношении будущего, построению адаптивной модели поведения в дальнейшем. На 15-й встрече было принято совместное решение о прекращении психотерапии. За время терапии пациентка устроилась на работу, начала выплачивать кредиты, нормализовала отношения с матерью, запланировала поступление в ВУЗ. По окончании участия в исследовании состояние А. было оценено как «значительное улучшение состояния». Заявляла, что после курса психотерапии впервые в жизни почувствовала себя полностью спокойной, уверенной в своем будущем.

При катamnестической оценке через 2 года состояние пациентки оставалось стабильным, тревожная симптоматика отсутствовала, продолжала работать, готовилась к повторной сдаче ЕГЭ для поступления в ВУЗ.

### **Пример 3.**

Пациентка О., 59 лет, замужем, настоящий брак второй, от первого брака сын 36 лет. Образование высшее филологическое, кандидат филологических наук, работает на должности доцента кафедры иностранных языков, занимается репетиторством.

**Диагноз:** F41.1 Генерализованное тревожное расстройство

#### **Анамнез:**

**Мать:** по характеру была очень общительной, кокетливой, яркой женщиной, имела широкий круг знакомств. По профессии была филологом, преподавала в ВУЗе, занималась научной работой. Умерла в возрасте 67 лет от онкологического заболевания.

**Отец:** по характеру малообщительный, тревожный, с трудом переносил жизненные неурядицы, был склонен испытывать тревогу по малозначительным поводам. Был очень предан жене, доверял ей в вопросах принятия решений в семье. Отношения в семье были теплыми, любящими. Брак с матерью пациентки был вторым, в первом браке развелся из-за систематических измен жены. По профессии был инженером, имел ученую степень кандидата технических наук, в течение жизни работал в НИИ по специальности. Умер в возрасте 63 лет от инфаркта.

Пациентка родилась в Москве, единственный ребенок в семье. Раннее развитие без особенностей. По характеру с детства была впечатлительной, ответственной, обязательной, любила находиться в центре внимания, во всем стремилась быть лучшей. Переживала из-за плохих отметок, испытывала тревогу перед контрольными, экзаменами, боялась, что окажется хуже других. В школе училась на «отлично», учеба давалась легко. Охотно брала на себя общественную нагрузку, была старостой школьных кружков. Обстановка в семье была теплой,

любящей, была очень близка с матерью, всегда воспринимала ее как лучшую подругу. Вела активную жизнь, посещала различные кружки, секции, ходила с матерью в театры, на выставки, занималась легкой атлетикой. После окончания школы поступила в институт иностранных языков, окончила его с красным дипломом. Во время учебы познакомилась со своим первым мужем, была сильно влюблена в него, отношения в семье складывались хорошо. На старших курсах института забеременела и родила сына. Была склонна заводить романы на стороне, но всегда относилась к мужу с большим уважением, любовью, не относилась серьезно к своим любовным приключениям. После окончания ВУЗа осталась работать в институте на должности преподавателя, приступила к написанию кандидатской диссертации, которую вскоре успешно защитила. Параллельно работала синхронным переводчиком, быстро заслужила авторитет в качестве хорошего профессионала. Хорошо переносила нагрузки, в качестве переводчика участвовала в правительственных встречах на международном уровне, часто ездила в командировки за границу. Нагрузка на работе была очень высокой, иногда направлялась в 3-4 командировки в месяц, продолжала работать преподавателем. Относилась к работе с энтузиазмом, хотела стать самой лучшей переводчицей в Союзе, стремилась работать как можно больше.

В возрасте 30 лет после защиты кандидатской диссертации муж пациентки внезапно покончил с собой, выбросившись из окна. Обнаружила его возвращаясь домой после работы. Смерть мужа воспринимала как катастрофу, не могла себе представить жизнь без него, не могла поверить в случившееся, рассматривала это событие как конец всей ее предшествующей жизни. Отмечала снижение настроения с чувством подавленности, отчаяния, слабостью, вялостью, снижением активности, ощущением постоянной тревоги, напряжения. В течение месяца почти перестала работать, отмечала снижение активности, жаловалась на постоянную тревогу, напряжение, ощущение сердцебиения, нехватки воздуха, не связанные с чем-либо. Тревога носила постоянный характер, не могла из-за нее сконцентрироваться на работе, время проводила в постели, вставая, бесцельно бродила по квартире, пытаясь облегчить ощущение напряжения. Сон, аппетит не

нарушались, суточной динамики состояния не отмечала. Через месяц отметила улучшение состояния, стала выходить на работу, постепенно выровнялось настроение, снижение тревоги. Вскоре познакомилась со своим будущим мужем и через год снова вышла замуж. Отношения во втором браке складывались хорошо, но большой любви к мужу не испытывала, воспринимала его как друга, партнера.

В возрасте 35 лет поехала в США для участия в важной правительственной встрече в качестве синхронного переводчика. После нескольких дней напряженной работы в последний день конференции отметила ощущение тревоги, сопровождающееся ощущением внутренней дрожи, потливостью, онемением конечностей, сердцебиением, одышкой, страхом, что окружающие заметят ее состояние. Несмотря на тревогу, продолжала в течение часа работать и только после окончания заседания обратилась с жалобами к членам делегации, бригадой СМП была госпитализирована в стационар с диагнозом «острый приступ тревоги», получала терапию транквилизаторами. После возвращения домой подобных приступов больше не отмечала, сохранялись жалобы на повышенную тревожность, ощущение напряжения, одышку, сердцебиение, возникающие вне связи с какими либо обстоятельствами и присутствующие большую часть времени. Несмотря на свое состояние продолжала работать, на работе отвлекалась, чувствовала себя лучше. Свое состояние связывала с перенапряжением. Обращалась к неврологу, принимала диазепам. Вскоре после этого события первая жена мужа пациентки сообщила О., что она ждет от него ребенка. Не могла получить никаких объяснений от мужа, так как он находился в длительной командировке, была растеряна, не знала, что делать. На фоне этого снова отметила усиление тревоги с ощущением напряжения, одышки, сердцебиения, приливов жара, ощущением онемения рук, ног. Отмечала снижение настроения с чувством подавленности, слабости, вялости. Тревога носила постоянный характер, отмечала трудности концентрации внимания, «не находила себе места». Обратилась в ПБ №12, где лечилась в течение 4 месяцев в режиме дневного стационара. В это же время из командировки вернулся муж, информация о беременности его бывшей жены не подтвердилась. После лечения отмечала

улучшение состояния, чувствовала себя удовлетворительно, поддерживающую терапию не принимала, названий лекарственных препаратов, назначенных в больнице, не помнит. С этого времени до 1994 года (пациентке 41 год) сохранялись жалобы на постоянное ощущение тревоги, сопровождавшейся вегетативными расстройствами, не связанной с какими-либо обстоятельствами. Отмечала периодические ухудшения состояния, во время которых продолжала работать не снижая нагрузки. В этот период отметила появление приступов тревоги в метро, сопровождавшихся ощущением сердцебиения, удушья, нехватки воздуха, потливостью, приливами жара, страхом потери сознания. Перестала пользоваться метро, перемещалась по городу на собственном автомобиле. В 1994 году обратилась за помощью к психотерапевту, после курса психотерапии чувствовала себя хорошо, тревога в течение дня не беспокоила, свое настроение характеризовала как хорошее. Продолжала испытывать страх перед поездками на метро, тем не менее иногда пользовалась этим видом транспорта, при поездках испытывала тревогу, ощущение нехватки воздуха, но состояния паники не испытывала, получалось самостоятельно отвлечься, успокоиться. Продолжала работать на кафедре, занималась синхронным переводом, ездила в многочисленные командировки.

В 2009 году на фоне жары и лесных пожаров в Московской области, наступления менопаузы, отметила ухудшение состояния, жаловалась на постоянное чувство тревоги, напряжения, ощущение сердцебиения, дрожь в теле, ощущение онемения в конечностях, кома в горле. Испытывала тревогу по малозначительным поводам, боялась, что потеряет работу и не сможет поддерживать былой уровень благополучия, беспокоилась, что не сможет заниматься синхронным переводом из-за своего состояния, переживала за судьбу сына, оформившего развод. Жаловалась на навязчивые тревожные размышления. Отметила усиление тревоги при поездках в метро, иногда тревога доходила до степени паники. Примерно через полгода постепенно снизилось настроение с чувством подавленности, безысходности, размышляла о том, что никогда не выздоровеет. Продолжала работать, обратилась к психиатру амбулаторно,

принимала венлафаксин 150мг в сутки с положительным эффектом. В течение года чувствовала себя хорошо, тревоги не отмечала, через год самостоятельно прекратила прием венлафаксина. Через полгода симптоматика возобновилась. В 2012 году обратилась в ПБ №6, получала анафранил, оланзапин, дулоксетин. Через 3 месяца стала постепенно отменять назначенную терапию, на фоне чего состояние снова ухудшилось. В конце 2013 года обратилась в НЦПЗ, получала терапию арипипразолом, мапротилином, миансеринном, милнаципраном. Была выписана с поддерживающей терапией: арипипразол 15мг в сутки, мапротилин 50мг в сутки, милнаципран 100мг в сутки, акинетон 2мг в сутки. На фоне лечения чувствовала некоторое улучшение состояния, но жалобы на тревогу, ощущение напряжения, нехватки воздуха, сердцебиение сохранялись. Прекратила работать синхронным переводчиком, мотивировала это ощущением несостоятельности, невозможности работать на былом уровне. Продолжала работать преподавателем на кафедре, занималась репетиторством.

Приняла решение обратиться в МНИИП с целью прохождения курса психотерапии в рамках научного исследования.

**Психический статус:** Охотно соглашается на беседу с врачом. Выглядит усталой, выражение лица напряженное, встревоженное, мимика обеднена, соответствует теме беседы. Во время беседы отсутствует естественность, непринужденность, чувствуется напряжение. Движения медленные, скованные. Голос тихий, интонации тревожные, когда описывает свое состояние, в голосе появляется дрожь. Отмечается мелкокоразмашистый тремор конечностей, кожные покровы влажные, периодически вытирает со лба пот. На вопросы отвечает по существу, подробно рассказывает о своем состоянии. Речь грамотная, богатая, тем не менее, с трудом подбирает слова для описания своих переживаний.

Жалуется на ощущение тревоги, напряжения, беспокоящие постоянно. Тревога сопровождается ощущением сердцебиения, нехватки воздуха, кома в горле, чувством внутренней дрожи, тремором в конечностях, приливами жара, потливостью. Испытывает тревогу по поводу того, что не сможет продолжить



работать, беспокоится из-за ответственности, накладываемой на нее должностью доцента кафедры, испытывает беспокойство за судьбу сына, здоровье мужа. Большую часть времени не может определить фокус тревоги, описывает ее как смутное ощущение надвигающейся угрозы, физическое и психическое напряжение. Жалуется на постоянные слабость, вялость, усталость, трудности концентрации внимания. Отмечает эпизоды усиления тревоги при поездках в метро, когда усиливается ощущение нехватки воздуха, сердцебиение, возникает удушье, страх потери сознания, иногда в подобных ситуациях чувствует панику, потребность срочно покинуть вагон. Свое настроение оценивает как несколько сниженное с чувством подавленности, жалуется на ощущение того, что она никогда не выздоровеет. Состояние хуже в утренние часы, к вечеру отмечает снижение тревоги. Также состояние улучшается во время работы, когда удается отвлечься, порой полностью перестает замечать какие-либо симптомы. На фоне приема психотропной терапии отмечает ощущение заторможенности, приглушенности эмоций, тремор в конечностях, сухость во рту. Аппетит достаточный. Сон с трудностями засыпания, частыми ночными пробуждениями, которые связывает с ощущением физического и психического напряжения, навязчивыми тревожными мыслями бытового содержания. Суицидальные мысли отрицает. Психотической симптоматики не обнаруживает. Настроена на психотерапевтическое лечение.

### **Терапевтическая динамика:**

На консультативной сессии на основании клинико-анамнестического исследования была получена динамическая картина развития тревожного расстройства невротического уровня, определяющегося постоянно присутствующей диффузной тревогой, не имеющей определенного повода, вегетативными расстройствами, симптоматикой астенического круга, депрессивными переживаниями, тревожными пароксизмами, иногда достигающими уровня паники, у личности демонстративного круга с тревожными чертами, чертами перфекционизма. С пациенткой проведена беседа, обсуждение

природы тревоги, клинико-биографического материала, в котором развитие тревожного расстройства связывалось с: 1) повышенными физическими и психическими нагрузками; 2) повышенной ответственностью, перфекционизмом в отношении работы; 3) переживанием смерти первого мужа; 4) начинающимся периодом инволюции не позволяющим поддерживать былой уровень активности, с чем было связано настоящее обострение; 5) снижение настроения рассматривалось как закономерная реакция на длительное истощающее тревожное напряжение организма и психики.

Были подчеркнуты психофизиологическая обусловленность, понятность, внутренняя логичность развития тревожного расстройства и его динамики. Обсуждены пути разрешения болезненной проблематики, предложена психотерапевтическая помощь в формате когнитивно-ориентированной психотерапии и гипнотерапии. Выделена главная особенность проводимой психотерапии, заключающаяся в необходимости сознательной активности пациента в отношении преодоления болезненного расстройства. Подчеркнута роль психотерапевта, заключающаяся в разумной поддержке, техническом обеспечении, этапной оценке.

Проведено 20 сессий психотерапии, в том числе 6 в формате групповой гипнотерапии. Методика универсальной гипнотерапии применялась со 2-й по 19-ю сессию. Все сессии проведены с частотой 2 раза в неделю.

С первой сессии после сеанса гипноза отмечала улучшение состояния, снижалась тревога, становилась более активной, в начале лечения эти улучшения носили временный характер, на следующий день симптоматика возвращалась. После четвертой сессии было начато постепенное снижение дозировок мапротилина и арипипразола. Снижение дозировки мапротилина происходило с шагом 25 мг раз 5-7 дней. Арипипразол снижался с шагом в 7,5 мг раз в неделю. После отмены мапротилина пациентка отметила ухудшение состояния, усиление тревоги, не купирувавшейся в течение недели, в связи с чем он снова был назначен в дозировке 25 мг. После чего было начато снижение дозировки милнаципрана сначала до 50мг, затем до 25мг с последующей отменой через 5

дней. Мапротилин был отменен после 19-й сессии в последнюю очередь.

На протяжении всего лечения состояние пациентки прогрессивно улучшалось, за исключением ухудшения состояния, вызванного отменой мапротилина после 8-й сессии. После 10-й сессии отметила исчезновение приступов тревоги, паники при поездках в метро. После 16-й сессии выраженность тревожной симптоматики значительно уменьшилась, сохранялись жалобы на тревогу, ощущение напряжения в утренние часы, периодически возникающее ощущение нехватки воздуха, внутренней дрожи. В состоянии больной доминировали жалобы астенического круга. На 20-й сессии было принято совместное решение о завершении психотерапевтического лечения в связи с отсутствием динамики за последние 3-4 встречи. Пациентка характеризовала результат лечения как «улучшение состояния», однако, в связи с сохраняющимися симптомами тревоги, астеническими расстройствами, незначительным улучшением трудоспособности состояние пациентки было квалифицировано как «незначительное улучшение».

При катamnестической оценке через 2 года состояние пациентки оставалось прежним. За это время О. ушла с преподавательской должности в связи с плохой переносимостью нагрузок, продолжала жаловаться на тревогу в утренние часы, слабость, вялость. Обострений симптоматики за это время не отмечала, стала больше времени проводить с семьей, друзьями, получала от этого удовольствие. Через полгода после окончания исследования О. обратилась к психиатру с целью достижения более значительного улучшения, получала сульпирид 100мг в сутки, прегабалин 150мг в сутки. Через 3 месяца самостоятельно отказалась от приема препаратов в связи с отсутствием эффекта.

#### **Пример 4.**

Пациент В. 37 лет, разведен, от брака сын четырехлетнего возраста. Образование высшее экономическое, имеет второе высшее образование в сфере управления. Последние полгода не работает.

Диагноз F41.1 Генерализованное тревожное расстройство

#### **Анамнез:**

Мать: по характеру тревожная, склонна испытывать беспокойство по малозначительным поводам, постоянно переживала за здоровье сына. В семье вынужденно занимала ведущую позицию, тяготилась ответственностью. Образование высшее гуманитарное, в течение жизни работала бухгалтером.

Отец: по характеру замкнутый, мало времени проводил в семье, общался в основном в узком кругу друзей и коллег по работе. В домашних делах почти не участвовал, по отношению к сыну был строгим, требовательным. Злоупотреблял алкоголем, в состоянии опьянения бывал раздражителен, шел на конфликты в семье. Образование высшее техническое, в течение жизни работал инженером, пытался заниматься бизнесом с переменным успехом.

Наследственность психопатологически не отягощена. Родился в срок от нормально протекавшей беременности и родов. В раннем развитии от сверстников не отставал. ДДУ не посещал, находился под присмотром бабки. Рос стеснительным, ранимым, тревожным мальчиком, стремился к общению, но с трудом заводил знакомства, был подчеркнуто аккуратным, всегда стремился к порядку. Много читал, был склонен к фантазиям.

В школу пошел с семи лет. В коллективе общался только с небольшим кругом одноклассников. Чувствовал свое отличие от других учеников, был более рассудительным, отличался спокойным поведением. Учеба давалась легко, не прилагая особенных усилий, учился на «хорошо» и «отлично», предпочитал

точные науки. При необходимости выступать перед аудиторией испытывал тревогу, терялся, однако, если материал был ему интересен, мог, напротив, говорить увлеченно, с удовольствием. Испытывал тревогу перед контрольными, экзаменами, в такие моменты нередко возникала диарея. Посещал спортивные секции, занимался плаванием, в старших классах ходил в тренажерный зал. В течение всей жизни поддерживал себя в хорошей физической форме.

После окончания школы поступил в престижный ВУЗ на экономический факультет. Старшие классы школы, годы учебы в институте вспоминает как неприятный период жизни. Был крайне не уверен в себе, с трудом знакомился с девушками. Часто испытывал беспокойство из-за постоянных экзаменов, зачетов, контрольных. Друзей в институте практически не было, время проводил за учебой. Начал заниматься боксом, «чтобы чувствовать себя увереннее», был физически развитым, хорошо осваивал технику, но с трудом переносил физический контакт, всегда боялся слишком сильно ударить соперника. Институт окончил с отличием.

После окончания ВУЗа устроился на работу в сфере недвижимости. С этого момента ощутил себя гораздо увереннее. Быстро поднимался по карьерной лестнице, к 32 годам был финансовым директором крупной международной компании. За это время получил второе высшее образование в сфере управления. Работал с удовольствием, будучи аккуратным, ответственным был на хорошем счету у начальства. Подчиненными был уважаем за спокойный характер, готовность помочь. Комфортно чувствовал себя в четко регламентированном рабочем процессе крупной корпорации. Тем не менее, черты ранимости, впечатлительности сохранялись, старался избегать конфликтных ситуаций, увольнение сотрудников, участие в неприятных переговорах, по возможности, поручал подчиненным.

Вскоре после окончания ВУЗа стал встречаться с девушкой, на которой через 5 лет женился. Говорит, что большой любви по отношению к ней не испытывал, но понимал, что это хорошая партия, считал ее умной, образованной, восхищался ее родителями. Отношения в браке складывались ровно, оба много

работали, посвящали семейным делам мало времени. В 2009 году в браке родился сын. На фоне ухода за маленьким ребенком, выходом на новую работу, проблемами в общении с женой отметил усиление тревоги. Стал беспокоиться по малозначительным поводам, жаловался на постоянное ощущение физического и психического напряжения, боялся, что с ребенком может что-то случиться. Ребенок рос беспокойным, часто болел, страдал запорами. Постоянно звонил жене домой с работы, справляясь о состоянии сына, уточнял, правильно ли она выполнила все лечебные процедуры, настаивал на посещении различных специалистов педиатров. Нарушился сон, перед засыпанием не мог отвлечься от тревожных мыслей. На фоне своего состояния продолжал работать, завоевал авторитет на новом месте, был на хорошем счету. В течение последующих трех лет отмечал периодические ухудшения и улучшения состояния, зависящие от здоровья сына, нагрузки на работе, отношений с женой.

Полгода назад жена сообщила В., что она встречается с другим мужчиной и планирует развод. На фоне этого известия тревога значительно усилилась, постоянно думал о том, как его сын будет жить с другим мужчиной, боялся, что жена увезет его в Мексику (новый избранник жены был мексиканцем). Не представлял себе, как теперь будет контролировать здоровье ребенка, выполнение медицинских рекомендаций. Жаловался на периодически возникающие ощущения сердцебиения, нехватки воздуха, кома в горле, головные боли. Усилилась бессонница, не мог заснуть по 2-3 часа, постоянно обдумывая сложившуюся ситуацию. На фоне постоянных тревожных размышлений отметил трудности концентрации внимания, не мог сосредоточиться на работе. Принял решение уволиться с работы, мотивируя это тем, что ему нужен отдых. Последние полгода состояние оставалось без динамики, испытывал постоянное беспокойство по поводу семейной ситуации. Не мог понять, как дальше сложится его жизнь, жена то уходила, то возвращалась. Жил на накопленные ранее сбережения. Принял решение обратиться за помощью в МНИИП с целью прохождения курса психотерапии в рамках научного исследования.

**Психический статус:** Охотно беседует с врачом. Выглядит согласно возрасту, атлетического сложения, подчеркнуто аккуратно одет, причесан. Выражение лица встревоженное, мимика живая, соответствует теме беседы. Голос средней громкости, интонационно окрашен, интонации несколько манерные, женственные. Речь в умеренно замедленном темпе, тщательно подбирает слова при ответах, говорит неуверенно. На вопросы отвечает по существу, старается как можно подробнее описать свое состояние. Фиксирован на своих переживаниях, постоянно возвращается к теме развода с женой, здоровья ребенка.

Жалуется на тревогу, ощущение физического и психического напряжения, сопровождающиеся головной болью, учащенным сердцебиением, ощущением неполноты вдоха, кома в горле. Беспокоится за здоровье сына, по поводу отношений с женой, чувствует растерянность, не знает, как ему жить дальше. Не может отвлечься от тревожных мыслей, отмечает трудности концентрации внимания. С целью облегчения состояния подвергает себя повышенным физическим нагрузкам, ежедневно посещает по 2 тренировки по айкидо (4 часа), бегает по утрам. На фоне физической нагрузки чувствует себя лучше, частично отвлекается от тревожных мыслей. Практически полностью перестал общаться с друзьями, родными, в процессе общения чувствует себя неловко, не может сконцентрироваться на беседе. Свое настроение оценивает как несколько сниженное с чувством подавленности, отсутствием удовольствия от ранее радовавших занятий. Сон нарушен, с трудностями засыпания, заставляет себя соблюдать режим, встает в 8-9 часов утра, вечером засыпает около 2-3 часов ночи. Аппетит достаточный. Суицидальные мысли, прием психоактивных веществ отрицает. Психотической симптоматики не обнаруживает. Настроен на прохождение курса психотерапии.

#### **Терапевтическая динамика:**

По результатам анализа клинико-anamnestических данных картина заболевания была квалифицирована как тревожное расстройство невротического уровня. Состояние определялось постоянно присутствующей диффузной

тревогой, склонной к фиксации на бытовых событиях, вегетативными расстройствами, депрессивными переживаниями у личности шизоидного круга с тревожными чертами. В процессе обсуждения клинико-биографического материала тревожное расстройство было связано с: 1) личностными чертами определяющими исходно низкую переносимость стрессовых событий, конформность; 2) повышенной физической и психической нагрузкой после рождения ребенка; 3) ситуацией развода с женой.

Были подчеркнуты психофизиологическая обусловленность, понятность, внутренняя логичность развития тревожного расстройства и его динамики. Обсуждены пути разрешения болезненной проблематики, предложена психотерапевтическая помощь в формате когнитивно-ориентированной психотерапии и гипнотерапии.

Проведено 10 сессий психотерапии, в том числе 2 в формате групповой гипнотерапии. Методика универсальной гипнотерапии была использована со второй по восьмую сессии. Сеансы 1-8 проводились с частотой 2 раза в неделю, 9-й и 10-й сеансы проведены после двухмесячного перерыва. Начиная с первых сеансов, отмечал улучшение состояние, снижение уровня тревоги, появление уверенности в себе. К восьмой встрече чувствовал себя почти здоровым, нормализовался сон, сохранялись жалобы на тревогу за здоровье, судьбу сына, которые были выражены значительно меньше. На восьмом сеансе принял решение сделать паузу в лечении в связи с выходом на новое место работы. Через 2 месяца вернулся для завершения курса. После двух проведенных сеансов чувствовал себя полностью здоровым. Состояние на момент завершения участия в исследовании было квалифицировано как «значительное улучшение состояния».

При катamnестической оценке через 2 года состояние оставалось стабильным. Жалоб на тревогу не было. Продолжал работать на руководящей должности, стал встречаться с женщинами. Выровнялись отношения с бывшей женой, принимал активное участие в воспитании сына. Сообщал, что после проведенного курса психотерапии стал более уверенным в себе и уравновешенным, чем когда-либо в жизни.



### **Приложение 3 Описание методики когнитивно-ориентированной психотерапии тревожных расстройств**

#### **Базовые принципы психотерапии тревожных расстройств**

Психотерапевтический процесс при терапии тревожных расстройств включает два базовых и реализуемых параллельно-последовательно компонента:

- 1) психообразовательный компонент;
- 2) когнитивно-каузально-ориентированный компонент.

Различия в психотерапевтический процессе при паническом расстройстве и генерализованном тревожном расстройстве заключаются в наличии, либо отсутствии компонента работы, направленного на купирование приступов паники и ограничительного поведения, который в случае ГТР заменяется на работу с тревожным избеганием, характерным для этого расстройства.

#### ***Психообразовательный компонент при психотерапии тревожных расстройств***

Психообразовательный компонент при психотерапии тревожных расстройств включает:

- 1) усвоение пациентом представлений о тревоге как о нормальной, необходимой и закономерной мобилизационной реакции психики и организма, требующейся для преодоления или избегания ситуации опасности;
- 2) формирование у пациента представления о закономерном, фазном развитии тревожного расстройства в силу: а) «раскачки» реакции тревоги комплексом психогенных, социально-средовых, биологических факторов; б) реализации травматического, развернутого панического приступа (при его наличие); в) реактивного ограничительного поведения (с тревожным ожиданием приступа, личностно обусловленными фобиями,

повышенным вниманием к собственному здоровью); г) закономерностью появления депрессии – как реакции на длительное физиологическое и психологическое напряжение;

3) формирование у пациента представления о возможности купирования тревожного расстройства вследствие: а) разрешения имеющихся психогенных проблем; б) исключения интоксикационных механизмов (при их наличии); в) копинга фобического компонента (при его наличии); г) общего повышения адаптационных ресурсов организма и психики (за счет рационализации образа жизни); д) нормализации вегетативного регулирования за счет психотерапии, либо комплекса психотерапии и психофармакотерапии.

Выбор способа реализации психообразовательного компонента психотерапии тревожных расстройств зависит от ее формы: групповой или индивидуальной. При групповой психотерапии в закрытой группе психообразовательный компонент усваивается пациентами на отдельном занятии.

### ***Когнитивно-каузально-ориентированный компонент психотерапии при тревожных расстройствах***

Психотерапия тревожных расстройств результативна в том случае, когда пациент в ходе психотерапии обретает способность понимать и на основе понимания – лучше контролировать свое состояние и поведение. Когнитивно-каузально-ориентированный компонент психотерапии, исходя из этого, должен:

1) решать задачу индивидуализации внедренной на психообразовательном уровне схемы развития тревожного расстройства с ее наполнением конкретным, личностно значимым, раскрывающим причинно-следственные связи в развитии и поддержании болезненного состояния;

2) решать задачу нормализации травматического опыта пациента в переживании приступа паники (при наличии такового);

- 3) стимулировать копинг пациентом ситуационных пусковых компонентов панического приступа (при его наличии);
- 4) стимулировать копинг пациентом ограничительного поведения, тревожного избегания (при ГТР) и имеющихся фобий и улучшение вегетативного регулирования;
- 5) стимулировать формирование и поддержание здорового образа жизни с повышением адаптационного потенциала и нормализацией вегетативного регулирования;
- 6) стимулировать овладение пациентом самостоятельного навыка понимания и копинга возникающих в жизни проблемных ситуаций;
- 7) стимулировать формирование и развитие навыков позитивного мышления и мировосприятия.

### ***Индивидуализация внедренной на психообразовательном уровне схемы развития тревожного расстройства***

Решение первой задачи - индивидуализации внедренной на психообразовательном уровне схемы развития тревожного расстройства с ее наполнением конкретным, лично значимым, раскрывающим причинно-следственные связи в развитии и поддержании болезненного состояния производится в начале психотерапии, совместно с овладением пациентом психообразовательным компонентом. Остальные задачи последовательно решаются в ходе дальнейшей психотерапии.

### ***Нормализация имеющегося травматического опыта (при паническом расстройстве)***

Культуральные нормы, традиции в совокупности с личным опытом индивида формируют шкалу жизненной нормы индивида. Психическая травма обусловлена событиями, выходящими для индивида за пределы его шкалы

жизненной нормы. Поэтому одной из задач психотерапии психической травмы является изменение оценки индивидом травматических событий и обстоятельств, с включением произошедшего в шкалу жизненной нормы индивида.

В тех случаях, когда само переживание развернутого приступа паники с ощущением умирания, схождения с ума, потери контроля оценивается пациентом как чрезвычайное (в плане витальной, социальной опасности), необратимо изменившее его жизнь обстоятельство, оно должно расцениваться психотерапевтом как безусловно травматическое. Прием нормализации данного переживания преследует цель изменения его оценки пациентом, с отнесением собственных панических приступов к разряду пусть неприятных, болезненных состояний, но не связанных с фатальными угрозами жизни, здоровью. Нормализация травматического переживания панического приступа строится на усвоении пациентом: идеи банальности, распространенности, а не уникальности его приступов паники и заболевания в целом; отсутствии фатального риска для жизни и психического здоровья при перенесении приступа; выявлении и осознании причинной обусловленности заболевания у данного пациента. Таким образом, нормализация травматического переживания приступа паники строится на индивидуализированном овладении пациентом соответствующего раздела психообразовательного психотерапевтического компонента.

### ***Стимулирование копинга ситуационных пусковых компонентов приступа паники и тревожного избегания***

Стимулирование пациентом копинга ситуационных пусковых компонентов тревоги представляет комплексную задачу. Ее решение предполагает выявление и выключение ситуационных триггеров панических приступов и тревожного избегания за счет тренинга их копинга (в том числе и в гипнотерапии). Ситуационные триггеры выявляются нахождением и осознанием пациентом типичных, повторяющихся ситуаций развития приступов паники и ситуаций, вызывающих тревогу, связыванием триггерных ситуаций с отношением пациента

к таким ситуациям. Чрезвычайно важно усвоение пациентом идеи об отсутствии прямой связи триггерной ситуации и тревожной реакции, опосредовании ее: а) исходным негативным отношением к субъектам и/или объектам ситуации (в контексте психогенной обусловленности); б) случайным наложением аутохтонного психо-вегетативного приступа на конкретную ситуацию, становящуюся триггерной по механизмам обуславливания; сочетанием обеих вариантов формирования триггерной ситуации. Выключение ситуационных триггеров строится на: а) выработке навыка ситуативного осознания их опосредованной природы; б) переключения на актуальную текущую деятельность; в) формировании и усвоении (тренировкой) навыка успешного прохождения через ранее триггерные ситуации; г) изменения отношения пациента к обусловившим формирование триггеров психогенным факторам. Помимо когнитивно-поведенческого тренинга копинга триггерных ситуаций значимо моделирование успешного копинга триггерных ситуаций в процессе гипнотерапии.

***Стимулирование копинга пациентом ограничительного поведения, фобий, тревожного избегания (при ГТР) и улучшение вегетативного регулирования***

Следующей задачей является стимулирование копинга пациентом ограничительного поведения, тревожного избегания и имеющихся фобий. Фобии, при их наличии, доминируют в понимании пациентами и их окружением характера болезненного расстройства. Ограничительное поведение и тревожное избегание образует замкнутый самоподдерживающийся цикл, поскольку: 1) порождено переживанием тревоги и выстраивается с целью избежать тревоги; 2) организует мышление и поведение так, чтобы не допустить соприкосновение пациента с триггерными ситуациями; 3) реализуется по законам магического мышления; 4) требует постоянного уровня внутреннего напряжения, фоновой тревожности; б) парадоксальным образом лишь расширяет перечень

ситуационных триггеров, в итоге – стабилизируя и развивая само себя (ограничительное поведение). Поскольку ограничительное поведение и тревожное избегание запускается реализованными ситуационными триггерами, его копинг исходным условием предполагает выключение ситуационных триггеров с последующими: а) моделированием копинга ограничительного поведения и тревожного избегания когнитивно-поведенческими методами (в том числе и в гипнотерапии); б) тренировкой и закреплением навыков успешного копинга ограничительного поведения и тревожного избегания в жизни.

***Стимулирование формирования и поддержания здорового образа жизни с повышением адаптационного потенциала и нормализацией вегетативного регулирования***

Формирование и поддержание здорового образа жизни с повышением адаптационного потенциала и нормализацией вегетативного регулирования, несмотря на пропагандистское звучание, является жизненно значимой задачей, актуальной при терапии тревожных расстройств, которая предполагает: 1) исключение употребления всех психоактивных веществ, включая алкоголь, учитывая их мощное «раскачивающее» вегетотропное действие, особенно в тех случаях, когда заболевание началось с употребления психоактивных веществ; 2) оптимизацию питания и двигательной активности (с коррекцией веса при необходимости); 3) коррекцию режимов сна, труда и отдыха. Данные действия способствуют расширению диапазона стрессоустойчивости и нормализации вегетативного регулирования. Важно, чтобы здоровый образ жизни поддерживался пациентом в длительной перспективе.

***Стимулирование овладения пациентом самостоятельным навыком понимания и копинга возникающих в его жизни проблемных ситуаций***

Разрешение актуальных болезненных и личностных проблем, улучшение и стабилизация состояния пациента (включая купирование вегетативных пароксизмов) являются психотерапевтическими задачами первостепенной значимости. Однако, если тревожное расстройство развилось в силу каузальности, обусловленной устойчивыми личностными поведенческими стереотипами, ритуалами, которые начнут заново воспроизводиться после вполне успешного завершения терапии, пациент неизбежно вернется в болезненное состояние. Поэтому важно, чтобы заболевание воспринималось пациентом не как независимая от него случайность, а как итог закономерного действия комплекса личностно обусловленных и опосредованных факторов, действовавших причинно, системно. Системно понимаемая каузальность позволит пациенту, реализуя тренинг копинга болезненного расстройства, построить его превентивно, модифицируя будущее поведение профилактическим образом, закрепляя новые, здоровые стереотипы и ритуалы. Выстраивая копинговые стратегии, важно проецировать их в будущее, что является задачей когнитивно-ориентированной психотерапии бодрствования, закрепляемой моделированием «правильного» будущего поведения в ходе гипнотерапии.

***Стимулирование формирования и развития навыков позитивного мышления и мировосприятия***

Преодолевая болезненное расстройство и предотвращая его развитие в будущем становится личностно сильнее и целостнее, позитивнее. Позитивность мышления полностью согласуется с религиозным и атеистическим сознаниями и идеологиями. В процессе психотерапии обсуждаются следующие постулаты: мир и человек правильны, целостны, позитивны, историчны. Правильность мира и человека определяется тем, что их жизнь осуществляется на основе системы

наборов универсальных правил. На любом уровне бытия и его рассмотрения мир и человек целостны, едины, хотя это целостность множеств. Жизнь мира и человека за всю их историю – продолжается, что и делает ее позитивной. Жизнь мира и человека как последовательность произошедших событий есть история, судьба, которую можно только принять, причем принять позитивно в силу ее правильности, целостности, позитивности.

### **Гипнотерапия при тревожных расстройствах.**

Гипнотерапия является, важным методическим компонентом в комплексной психотерапии тревожных расстройств. Применение гипнотерапии позволяет сократить длительность психотерапии, ограничиваясь 10-15-20 сессионным курсом, при длительности каждой сессии в 1 час. Время психотерапевтической сессии поровну распределяется между когнитивно-ориентированной работой в бодрствовании и в гипнотерапии.

Гипнотерапия обладает отчетливым саногенным, биологическим, терапевтическим действием, включающим, наряду с многократно подтвержденным седативным, противотревожным компонентом и вегето-корректирующий, вегето-стабилизирующий компонент.

Гипнотическое состояние повышает потенциал обучаемости индивида. Повышение обучаемости важно для овладения различными копинг-стратегиями. Гипнотерапия позволяет быстро и глубоко модифицировать патологическое поведение невротического уровня, что служит основой для быстрой и успешной поведенческой реализации необходимых копинг-стратегий.



## **Методика универсальной гипнотерапии и ее использование при психотерапии тревожных расстройств**

### ***Базовые принципы универсальной гипнотерапии***

В основу методики универсальной гипнотерапии положены следующие базовые принципы:

- 1) стимуляция целостной позитивной личностной активности пациента в терапии к выздоровлению и дальнейшей устойчивой адаптации;
- 2) использование проективных преобразований в универсальной гипнотерапии;
- 3) стимуляция позитивных личностных состояний и ценностей;
- 4) воздействие репродуцируемого цвета;
- 5) стимуляция дистанцирования стрессогенных переживаний и завершения негативных состояний, расстройств, переживаний - построение моделирующих позитивное поведение гипнотических внушений;
- 6) создание в гипнотерапии позитивно-векторного семантического пространства для активных терапевтических преобразований пациента.

### ***Структура сессии универсальной гипнотерапии***

Каждая сессия универсальной гипнотерапии длится один час и состоит из следующих компонентов:

- 1) подготовки к сеансу универсальной гипнотерапии, включая опрос, обсуждение текущего состояния, динамики состояния с акцентом на редукцию болезненных симптомов, проблем;
- 2) сессии универсальной гипнотерапии, включая гипнотизацию, собственно гипнотерапию, дегипнотизацию;
- 3) последующего расспроса с оценкой прошедшей терапевтической сессии.

В данном разделе мы сконцентрируемся только на изложении структуры самой универсальной гипнотерапии, исключая гипнотизацию, дегипнотизацию.

Длительность сессии собственно универсальной гипнотерапии около 30 минут (35-40 минут с учетом гипнотизации, дегипнотизации), она состоит из четырех частей.

Первая часть сессии универсальной гипнотерапии представлена приемом соматического проективного катарсиса.

Вторая часть сессии универсальной гипнотерапии состоит из следующих компонентов:

1. Внушения синего цвета, в дальнейшем периодически, с интервалом в 1-2 минуты повторяющегося на протяжении всей сессии;
2. Стимуляции позитивных личностных состояний и ценностей;
3. Двухшаговой стимуляции дистанцирования стрессогенных переживаний и завершения негативных состояний, расстройств - построение моделирующих позитивное поведение гипнотических внушений;
4. Стимуляции нормализации сна.

Третья часть сессии представлена телесно-ориентированной проективной работой, на которую продолжает накладываться периодическое внушение синего цвета.

Четвертая часть сессии универсальной гипнотерапии в основном соответствует первой ее части. Отличием от первой части является добавление в конце компонентов моделирующих позитивное состояние после текущей сессии, позитивную динамику и усиление мотивации на выздоровление.

Таким образом, в универсальной гипнотерапии целенаправленно используются:

- 1) три частично дублирующихся канала сенсорного воздействия (вербальный, зрительный, проприоцептивный телесный);

2) принцип активного позитивного копингового моделирования пациентом, клиентом описываемых в тексте внушения проблемных ситуаций;

3) принцип повторения, наложения семантически значимых компонентов текста; построение текста в архаическом песенном стиле «куплет - припев», где внушение ощущения синего цвета выполняет функцию припева;

4) реализация текста внушения, его интонирование как первичной речи.

## **Практическая реализация универсальной гипнотерапии**

### ***Подготовка к сеансу универсальной гипнотерапии***

В универсальной гипнотерапии подготовка к первому сеансу в закрытой группе, либо при индивидуальной терапии четко структурирована и проводится одновременно на первом сеансе гипнотерапии. Подготовка к последующим сеансам сосредоточивает пациента на качественном проведении предстоящего сеанса гипнотерапии, реализации намеченных ощущений, состояний, переживаний, настраивает его на будущую позитивную динамику состояния в гипнозе и вне него.

Подготовка к сеансу универсальной групповой гипнотерапии включает два компонента: 1) настройку пациента на переход в гипнотическое состояние; 2) актуализацию каждым пациентом индивидуально значимых задач достижения определенных ощущений, состояний, переживаний.

### ***Гипнотизация***

Перед началом сеанса пациенту сообщают о последовательности приемов и ощущениях, которые могут возникнуть при введении в состояние гипноза, затем,

после сосредоточения на желании войти в гипнотическое состояние, пациент поднимает руку и ему внушают самопроизвольное опускание руки и одновременный переход в состояние гипноза.

Пациент находится в удобном положении сидя или лежа. Ему описывают всю последовательность действий, которые он должен выполнить и ощущения, которые могут у него возникнуть в процессе погружения. Для сообщения этой информации используется следующая форма: “Сейчас мы с вами войдем в гипнотическое состояние. Главное условие перехода в гипноз - наличие желания перейти в него, а мотивацией для этого является успешная терапия. Существует три режима работы мозга: режим бодрствования, режим сна, режим особых состояний сознания. К последнему режиму относятся состояния гипноза, транса, медитации. По большому счету все режимы устроены одинаково, состоят из одних и тех же элементарных механизмов работы мозга и организма – как из кирпичиков. Различия же сна и бодрствования, например, связаны с тем, что отдельные механизмы по-разному между собой связаны. Этих отдельных механизмов огромное множество, человек не может контролировать, регулировать их произвольными, сознательными усилиями. Поэтому все режимы работы мозга действуют автоматически. Такое устройство организма позволяет просто бодрствовать, спать, засыпать и просыпаться. Однако, простота эта – кажущаяся, за ней стоит сложнейшая, высокоавтоматизированная работа мозга и организма. При случайных сбоях в работе организма во сне и в бодрствовании, этот сбой автоматически воспроизводится, хотя в принципе, он мог бы быть исправлен. Вот здесь то и появляется различие между сном, бодрствованием с одной стороны и гипнозом с другой. Гипнотический режим является наиболее простым, примитивным из трех, полуавтоматическим. Именно поэтому человек не может находиться в нем постоянно, но, благодаря полуавтоматичности, в гипнозе появляется уникальная возможность произвольного выправления того, что нарушено, здоровая настройка организма. Вот почему гипноз и используется для лечения.

Вы сосредоточитесь на своем желании войти в гипноз, будете удерживать это желание, эту мысль: “Я хочу войти в гипноз” - у себя в голове, послушаете ощущения собственного тела и по мере готовности к переходу - поднимете любую руку. Я подойду к вам, прикоснусь к руке, ее будет тянуть вниз и рука начнет опускаться произвольно, без ваших активных, осознанных усилий. Если вы будете опускать руку сами, произвольно, то перехода в гипноз не произойдет. Чем ниже будет опускаться рука, тем глубже вы будете уходить, погружаться в состояние гипноза. При соприкосновении руки с поверхностью, переход в состояние гипноза будет завершен. Гипнотическое состояние - не сон - находясь в нем, вы будете слышать мою речь. Для эффекта лечения достаточно появления у вас части тех ощущений, о которых я буду говорить”.

Затем предлагают пациенту сосредоточиться на желании перейти в состояние гипноза и на ощущениях собственного тела, закрыть глаза. Конкретная форма внушения может быть следующей: “Расслабили мышцы рук, ног, туловища, шеи, лица. Дышим ровно, спокойно. Настраиваемся на переход в состояние гипноза и, по мере готовности поднимаем руку, любую, которую вам удобно...”. Пациент, либо один из пациентов при групповом сеансе поднимает руку. Психотерапевт подходит и говорит: ” ... Все внимание - на желании войти в состояние гипноза”. Психотерапевт прикасается к руке пациента, продолжая внушение: “Руку начинает тянуть вниз... Рука начинает движение... Ниже идет рука, тянет руку вниз. Отдельные, сливающиеся в одно, движения руки... С каждым движением руки меняются ощущения тела, тело становится все более далеким, отчужденным... Ниже идет рука. В момент соприкосновения руки с поверхностью переход в состояние гипноза будет завершен... Рука опускается и застывает”. Рука пациента опускается и застывает.

### *Текст методики универсальной гипнотерапии*

Итак, переход в гипнотическое состояние завершен...

Теперь все внимание сосредоточили на дыхании. Поскольку в гипнотическом состоянии свойство человека все что угодно из одной области выразить в чем угодно в другой области усиливается, теперь, у Вас есть возможность все негативное: неприятные ощущения, переживания, воспоминания, болезненные ощущения и расстройства; все это сосредоточить в груди, возможно как ощущение тяжести, либо иное ощущение, похожее на то, когда человека обидят. И, если подобное ощущение появляется, то вместе с ним появляется и потребность выдохнуть его из себя. И тогда дыхание меняется, с каждым выдохом выдыхаете, выдавливаете, выталкиваете из себя все негативное, лишнее, ненужное. И если с каждым выдохом часть тяжести выходит, то с каждым вдохом дышать становится легче, свободнее. Сами вместе с дыханием становитесь все более раскрепощены, свободны, спокойны. Есть что выдохнуть, - продолжаете делать это самостоятельно.

Вместе с тем, благодаря гипнозу, у вас есть возможность увидеть, представить, почувствовать синий цвет. Видеть его постоянно, видеть синий цвет... Иногда это может быть и нечто иное. Видеть синий цвет, отдыхать.

Благодаря данному состоянию, вы постоянно уверены в себе, спокойны, свободны, самодостаточны, очень спокойны. Дома, на людях, где бы вы ни были, уверены в себе, спокойны, спокойны.

Видеть синий цвет, отдыхать.

Все то, что ранее легко выводило из равновесия, теперь воспринимается ровно, спокойно, несколько отстраненно, со стороны. Постоянно между вами и тем, что происходит, некая дистанция, расстояние, благодаря чему все происходящее воспринимаете ровно, спокойно, несколько отстраненно, со стороны, так как это воспринял бы посторонний, доброжелательный, а потому объективный, критичный наблюдатель.

Постоянно видеть синий цвет, отдыхать. Возможно и нечто иное.

Постоянно между вами и происходящим некая дистанция, расстояние, благодаря чему сначала успеваете все понять, выделить главное, второстепенное, и позитивно разрешая главное все остальное спокойно пропускаете мимо.

Видеть синий цвет, отдыхать.

Постоянно уверены в себе, спокойны, свободны, самодостаточны...

Все неприятное, далекое, близкое, ощущается, становится, стало теперь пережитым, отболевшим, отчужденным, отделено от вас, прошло, пережито вами, позади, отпустило, оставило, ушло!

Постоянно видеть синий цвет, отдыхать.

Постоянно уверены в себе, спокойны, свободны. Постоянно между вами и происходящим некая дистанция, расстояние. На все происходящее смотрите, умеете посмотреть, стараетесь посмотреть, смотрите ровно, отстраненно, со стороны.

Видеть синий цвет, отдыхать.

Вечером, ложась спать, расслабляетесь, засыпаете быстро, глубоко. Встаете утром посвежевшими, хорошо, глубоко отдохнувшими. Сон, ночной сон хороший, глубокий.

Видеть синий цвет, отдыхать.

А теперь все внимание на ощущения собственного тела, работаете с ними.

Глубже уходите в покой.

Тепло в глубине головы, если это необходимо.

Тепло в шее, шейно-воротниковой зоне, тепло в груди, больше слева.

Видеть синий цвет, отдыхать.

Тепло в подреберье, в глубине живота, которое если это необходимо, появляется, становясь, все более и более отчетливым. Тепло в обеих руках и ногах.

Вместе с тем, ощущение прохлады в носу при вдохе, распространяющееся на лоб, виски, и везде, где это необходимо... Ощущения тепла и прохлады, работающие там, где это необходимо, растворяющие, уносящие, заполняющие собой все иное.

Глубже уходите в покой.

Видеть синий цвет, отдыхать.

Итак, глубокий покой, отдых.

Благодаря данному состоянию, постоянно уверены в себе, спокойны, свободны, самоидентичны. Дома, на людях, где бы вы ни были, уверены в себе, спокойны, свободны.

Постоянно видеть синий цвет, отдыхать.

Все то, что ранее легко выводило из равновесия, теперь воспринимается ровно, спокойно, несколько отстраненно, со стороны. Постоянно между вами и происходящим некая дистанция, расстояние, благодаря чему сначала успеваете все понять, выделить главное, второстепенное, и позитивно разрешая главное, все остальное спокойно пропускаете мимо.

Видеть синий цвет, отдыхать.

Постоянно уверены в себе, спокойны, свободны, самодостаточны...

Все неприятное, далекое, близкое, ощущается, становится, стало пережитым, отболевшим, отчужденным, отделено от вас, прошло, пережито вами, позади, отпустило, оставило, ушло!

Постоянно видеть синий цвет, отдыхать.

Постоянно уверены в себе, спокойны, свободны. Постоянно между вами и происходящим некая дистанция, расстояние... Видеть синий цвет, отдыхать. Возможно и нечто иное. Вместе с тем, видеть синий цвет, отдыхать...

Вечером, ложась спать, расслабляетесь, засыпаете быстро, глубоко. Встаете утром посвежевшими, хорошо, глубоко отдохнувшими. Сон, ночной сон хороший, глубокий.

По выходе из гипнотического состояния, тело станет легким, свежим, голова - ясной, свежей, настроение - хорошим, ровным, повышенным.

С каждым днем, с каждым сеансом ваша воля, воля к улучшению состояния, к выздоровлению крепче, действеннее, сильнее. С каждым днем, с каждым сеансом самочувствие, настроение улучшаются.



### *Дегипнотизация*

Дегипнотизация в методике универсальной гипнотерапии строится на основе принципа диалоговой обратной связи и основана на возвратном подъеме опускавшейся при гипнотизации руки вверх. “А теперь завершаете работу в сеансе гипнотерапии и настраиваетесь на выход из гипнотического состояния. Выходим из гипнотического состояния на возвратном движении руки вверх. Рука, ранее опускавшаяся, теперь начинает всплывать, подниматься, возвращаться в исходное состояние. Чем выше поднимается рука, тем больше выходите из гипнотического состояния. Там, где рука поднялась, полный выход из гипнотического состояния завершен.”

### *Комплексная оценка состояния пациента в процессе и по результатам проведенного сеанса и сеансов групповой гипнотерапии*

Завершающим этапом сеанса универсальной гипнотерапии является комплексная оценка состояния пациента по выходе из гипнотического состояния. Такая оценка важна, поскольку она создает эффект своеобразного “психотерапевтического зеркала” как при индивидуальной, так и при групповой гипнотерапии.

### **Общая структура психотерапии тревожных расстройств.**

Проведение клинической психотерапии в данной методике осуществляется в три этапа:

- 1) диагностический этап с установлением психотерапевтического контакта и заключением психотерапевтического контракта (установлением и принятием правил и процедур психотерапии);
- 2) терапевтический этап, реализующий методики психотерапии;

3) этап завершения психотерапии с построением пациентом дальнейших жизненных планов с учетом психотерапевтических рекомендаций, на основе оценки результатов психотерапии.