

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ НЕВРОТИЧЕСКОГО РЕГИСТРА: ПРОБЛЕМЫ, ОГРАНИЧЕНИЯ, ВОЗМОЖНОСТИ

Р. Д. Тукаев^{1, 2}, В. Е. Кузнецов¹, Д. А. Москаленко¹, Н. М. Петраш³

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии¹,
Российская медицинская академия последипломного образования²,
Первый Московский государственный университет им. И.М.Сеченова³*

В нашем анализе мы сконцентрируемся лишь на наиболее очевидных проблемах и ограничениях в области оценки эффективности психотерапии расстройств невротического регистра и предпримем попытку их разрешения в интересах прикладных исследований и клинической практики.

Очерчивая проблемные для оценки эффективности психотерапии области клинической методологии, следует выделить три наиболее существенные: диагностически-классификационную; доказательной медицины; оценки результатов посредством психометрии.

В настоящее время оценка эффективности психотерапии в форме клинических испытаний, мета-анализов и систематических обзоров поставлена на поток, что может рассматриваться как признак благополучия в данной области исследований. Однако, непрекращающаяся критика подходов [15, 21, 39, 41] и результатов оценки эффективности психотерапии [16, 20, 31, 47], вкупе с продолжающимися методологическими [16, 19, 39, 45] и методическими [16, 45, 72] изысканиями указывают на наличие значительных нерешенных проблем.

Диагностико-классификационные проблемы в оценке эффективности психотерапии расстройств невротического регистра

Современная мировая психиатрия в процессе своего развития оказалась в парадоксальной ситуации [18] в силу произошедшего классификационного переворота (при переходе с МКБ-9 на МКБ-10) и смены методологической парадигмы (с нозологической на эпидемиолого-феноменологическую и, одновременно, диатез-стрессовую). Суть данного парадокса заключается в том, что качественный переход с отказом от принципа нозологизма привел: 1) к своеобразной «глобализации» осевых диагностических категорий, с игнорированием ранее очевидных различий регистров психопатологического реагирования (на-

пример, психотического и невротического), включая различия в терапевтических исходах; 2) к отказу от понимания иерархической причинности в развитии психопатологии, категорично проявившегося в принципе коморбидности, согласно которому каждый вновь выявленный синдромокомплекс, если он укладывается в актуальную диагностическую категорию расстройств, регистрируется вне связи с реальной динамикой развития психопатологии. (Пониманию вышеописанного служит метафора, когда ветви единого, сложного (психопатологического) дерева воспринимаются как отдельные самостоятельные деревья). На парадоксальность, противоречивость, несовершенство актуальных классификаций психических расстройств неоднократно обращали внимание ведущие отечественные психиатры [1, 5, 11, 14].

Обе составляющие классификационного парадокса прямо соотносятся с расстройствами невротического регистра, проявляясь, в том числе, в методологии оценки эффективности их психотерапии.

Произошедший классификационный передел неизбежно и весьма существенно затронул область невротических расстройств [6, 35], в DSM-IV раздела невротических расстройств нет вообще, а в МКБ-10 формально он сохранен, но в нем отсутствуют (за исключением невротизации) традиционные невротические расстройства. В западной психиатрии (формально) произошел принципиальный отказ от конфликтогенно-психоаналитического понимания природы невротизации в пользу стрессогенного пути развития тревожных, аффективных, диссоциативных, соматоформных расстройств. Более того, часть аффективных расстройств невротического (ранее) регистра ныне попадают в категорию депрессивных, включая (в DSM-IV) большое депрессивное расстройство [35]. Учитывая то, что в данную категорию неизбежно попадают и те случаи аффективных расстройств, которые деликатно поименованы в отечественной психиатрии как эндогеноморфные [10],

возникает убеждение о значительной неоднородности данной диагностической категории, равно как (практически) и иных (например, тревожных).

Весь опыт отечественной психиатрии и психотерапии 20 столетия свидетельствовал о том, что при невротических расстройствах в значительной части случаев происходило полное и стабильное восстановление психического здоровья, тогда как в другой части случаев имело место неполное улучшение состояния [1, 8, 12, 13, 17]. Мировой психиатрии широко известны и случаи спонтанных ремиссий при невротических расстройствах [37]. Следует особо выделить наличие не количественного, но качественного различия между полным восстановлением психического здоровья, а также и функционирования и улучшением психического состояния при расстройствах невротического регистра. (Полные ремиссии описаны и при иных психических расстройствах, однако только в невротическом регистре они устойчиво часты).

Использование принципа коморбидности, разумеется, упрощает как саму психиатрическую диагностику, так и терапию, психотерапию в целом, операционализируя и сводя их к комбинированию набора шаблонов. Однако в невротическом регистре это приводит к тому, что единая система организменных, психических, поведенческих, микросоциальных расстройств и изменений оценивается профессионалом как совокупность независимых переменных, требующих набора изолированных ответных корректирующих действий [26, 52]. Клиническая составляющая расстройства невротического регистра, являющая системную quintэссенцию нарушений всех уровней, от биологического до социального, объявляется рядоположенной остальным, тогда как все они рассматриваются как обладающие известной автономией [43, 55]. Поэтому при оценке эффективности психотерапии сам факт регресса клинической симптоматики воспринимается с недоверием и считается недостаточным [52].

Ограничения доказательного подхода в оценке эффективности психотерапии расстройств невротического регистра

Базисными положениями доказательного подхода, ныне доминирующего в оценке современной медицинской эффективности терапии, считаются: 1) использование двойных слепых рандомизированных контролируемых испытаний (РКИ); 2) использование дихотомических клинических исходов в оценке; 3) применение методологии мета-анализа для рассмотрения совокупных результатов ряда исследований.

Проведенный нами около десяти лет назад анализ применения доказательного подхода в психотерапии выявил наличие актуальных и ныне принципиальных ограничений его применимости для оценки эффективности психотерапии [15, 16]:

1) принцип «ослепления» практически невозможен, поскольку психотерапевт и пациент знают о том, какие методы терапии применяются;

2) подлинная рандомизация пациентов (построенная на получении гомогенных групп, различающихся лишь по одной переменной) в силу многофакторности психотерапии не разработана и является крайне трудоемкой, механическое же воспроизведение фармакотерапевтической процедуры рандомизации превращает ее в пустой бюрократический, с этическими нарушениями, ритуал;

3) опора на качественно различающиеся, дихотомические исходы терапии, за небольшим исключением (аддиктивное поведение, суицидальное поведение), затруднительна.

Характерно, что в последние годы в литературе также высказываются принципиальные сомнения относительно применимости доказательного подхода в исследованиях психотерапии [20, 31, 39].

Более того, известны попытки оспорить данные, полученные в двойных слепых мультицентровых плацебо-контролируемых исследованиях фармпрепаратов [54, 58]. Критика последних вызвала широкий резонанс в научных и медицинских кругах [28, 53, 56] и заставила вновь поднять вопрос об эффективности применения количественных методов оценки с использованием опросников и контроля с помощью плацебо.

Все чаще поднимаются вопросы внутренней валидности (то, насколько совокупность влияний переменной А на переменную В отражает причинную связь между А и В в заданных условиях [65]) и внешней валидности (то, насколько результаты эксперимента могут быть перенесены на общую популяцию). Исследователи задаются вопросом «излишнего» контроля переменных в исследованиях, что приводит к снижению внешней валидности и, как следствие, осложняет принятие решений относительно применимости того или иного метода на местах оказания помощи [41, 65].

Разумеется, наличие явных ограничений не может остановить алгоритм узаконенной традицией практики исследований эффективности психотерапии в доказательном подходе. Как правило, такие исследования представляют собой (формально!) РКИ, в которых контрольная группа состоит из пациентов, получающих психофармакотерапию или лечение с помощью психотерапевтической методики, ранее доказавшей свою эффективность [25, 42, 63].

В последние годы, однако, исследователи нередко отказываются от традиции рандомизации пациентов в контрольную группу в исследованиях эффективности психотерапии [27, 45] или используют специфические методы рандомизации [30, 45, 57, 72]. М.В. Handley и соавт. [45] объясняют это рядом причин: 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.

Вероятно, сторонники доказательного подхода в психиатрии делают выводы как из результатов доказательных исследований эффективности, так и из их критического анализа. Так, в американской психиатрии [40] выработаны и тиражируются рекомендации использовать для оценки результативности дихотомические оценки, примеры такой оценки включают смерть, случаи повторной госпитализации, достижение полной ремиссии, оценки типа «улучшение» или «значительное улучшение» или имеющаяся, по крайней мере, 50% редукция балла оценочной шкалы. N.S.Jacobson и соавт. в своей широко цитируемой статье [51] предлагают выделять следующие исходы: выздоровление, улучшение состояния, отсутствие эффекта, основываясь при этом на предложенной им методике оценки количественных данных.

Клиническая психометрия и ее использование в оценке доказательной эффективности психотерапии расстройств невротического регистра

Использование клинических психометрических шкал стало стандартом исследований по эффективности психотерапии еще до появления доказательной медицины [38, 46, 59, 70]. Вероятно тогда же было отдано предпочтение параметрическим методам статистического анализа сравнения и представления данных, неоспоримым преимуществом которых является их вычислительная простота (в докомпьютерную эру), графическая наглядность.

Вопрос о том, почему в клинической области тогдашней психотерапии неврозов, где клинически уже была описана (как уже отмечено) качественная неоднородность результатов психотерапии, стали доминировать количественные методы параметрической оценки данных, вероятно, лишен практического смысла. Предположим, сработал принцип утилитаризма.

Еще одним фактором, способствующим игнорированию качественных различий исходов терапии неврозов, стала, вероятно, наступившая эра фармакотерапии (транквилизаторами), неизбежно размывшая качественные различия, переводящая формат результативности в оценку количественных улучшений разной выраженности и длительности.

Переход на принципы доказательной медицины в области психиатрии и психотерапии актуализировал лишь методологию рандомизации, сохранив, как само собой разумеющееся использование параметрически и линейно оцениваемой психометрии. И только в последние годы ситуация стала меняться.

Актуальные тенденции развития исследований эффективности психотерапии расстройств невротического регистра

Контроль листа ожидания с перекрестной оценкой. Использование контроля с помощью листа ожидания в исследованиях эффективности психотерапии применяется с 70-х годов 20 века [49]. В по-

следнее время используются варианты данного дизайна, позволяющие: отказаться от использования плацебо в контрольной группе и упростить процесс рандомизации; более полноценно использовать материал исследования, производя оценку лечения в контрольной группе [32, 66, 72]. В подобных исследованиях применены способы рандомизации, позволяющие преодолеть известные этические и методологические ограничения. Рандомизация основывается на факторе времени: 1) рандомизация в группы, начинающие терапию немедленно и после нахождения в листе ожидания [29, 32, 45]; 2) рандомизация в группы листа ожидания разной продолжительности [30].

Исследование со ступенчатым включением. При исследовании со ступенчатым включением исследовательские центры или группы испытуемых изначально рандомизируются относительно времени их включения в активную терапию. Оценка всех групп проводится с момента рандомизации несколько раз с тем же интервалом, с которым в группах, находящихся в листе ожидания, начинается терапевтическое воздействие (таблица).

Подобная схема исследования признана валидной, принята в мета-анализах, систематических обзорах и применяется в масштабных исследованиях в области медицины (например, при терапии ВИЧ-инфекции) [29, 33, 57, 69]. С.А. Brown и соавт. [29] в своем обзоре выделяют ситуации, в которых следует предпочесть схему исследования со ступенчатым включением: 1) если существует исходное убеждение, что воздействие принесет больше пользы, чем вреда и лишать помощи пациентов из контрольной группы неэтично; 2) если применение такой схемы оправдано финансовыми обстоятельствами, особенностями организации исследования или это облегчает набор испытуемых.

Исследование со ступенчатым включением рассчитано на рандомизацию групп, однако нет принципиальных препятствий против рандомизации отдельных пациентов по подобной схеме в случае малого количества наблюдений. Тем не менее, вопрос применения такого варианта дизайна в исследованиях психотерапии требует дальнейшего рассмотрения.

Квазиэкспериментальный подход в оценке эффективности психотерапии

Исследование со ступенчатым включением

Группы	Временные отрезки с оценкой				
	1	2	3	4	5
1	•	+	+	+	+
2	•	•	+	+	+
3	•	•	•	+	+
4	•	•	•	•	+

Примечания: • – контрольные периоды, + – периоды воздействия. Оценка проводится в начале исследования и в конце каждого последующего временного промежутка

Квазиэкспериментальными называются исследования с недостаточным контролем переменных, не использующие рандомизацию, в них группы сравнения или используемые группы сравнения не являются эквивалентными. Тем не менее, при применении квазиэкспериментальных схем используются различные методы управления переменными. В настоящее время квазиэкспериментальные методы исследования подробно описаны [45, 65] и широко используются в области изучения эффективности психотерапии [32, 34, 60] и в других областях медицины [50, 57].

Главными аргументами в пользу использования квазиэкспериментальных методик стали вопросы этики. Помимо вышеописанных этических проблем, связанных с рандомизацией, существуют не менее актуальные этические вопросы, связанные с применением плацебо [1]. Помимо этических вопросов, ряд авторов склоняется к тому, что квазиэкспериментальные исследования *обладают большей внешней валидностью* по сравнению с традиционными РКИ [65]. Для сохранения внутренней валидности необходим более тщательный подбор варианта дизайна для каждого конкретного исследования [65].

Квазиэкспериментальные методы исследований считаются в области психотерапии валидными, что подтверждается их включением в мета-анализы и систематические обзоры [34, 44, 57]; они позволяют избежать проблем этического характера, методологических трудностей, связанных с «ослеплением» и рандомизацией, а также, при правильном конструировании дизайна, повышают внешнюю валидность исследования.

Контроль листа ожидания с перекрестной оценкой. В качестве одного из квазиэкспериментальных методов рассмотрим контроль листа ожидания с перекрестной оценкой, который является вариантом исследования со ступенчатым включением. Контроль листа ожидания с перекрестной оценкой относится к категории квазиэкспериментальных вследствие особенностей рандомизации и частичной неэквивалентности групп. Контроль листа ожидания с перекрестной оценкой используется как в исследованиях эффективности психотерапии [32, 36, 60, 66], так и в исследованиях эффективности в других областях медицины [29, 57].

В данном варианте дизайна используется контроль с помощью листа ожидания с последующей оценкой контрольной группы по завершении лечения (рисунок). Таким образом, удается избежать потери данных, в отличие от простого дизайна с контролем листа ожидания. В момент скрининга пациенты рандомизируются в группы воздействия или листа ожидания, в это время и те и другие проходят первичную оценку (период времени 1). Затем, по истечении периода задержки для группы листа ожидания, пациенты снова проходят оценку (период времени 2). И, наконец, все пациенты проходят

оценку по окончании терапевтического воздействия (период времени 3). Таким образом, группа листа ожидания используется в качестве контроля не только для группы, где изначально осуществляется воздействие, но и для самой себя. При таком варианте дизайна могут рандомизироваться как группы, так и отдельные участники исследования [45].

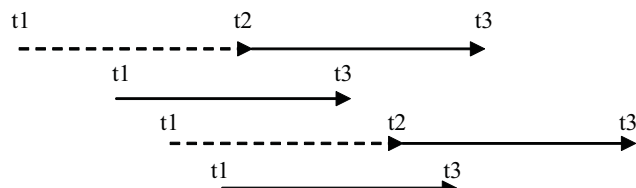
Исследования, проведенные по описанной схеме, считаются высоко валидными в рамках доказательного подхода [36, 45, 57, 65, 72].

Натуралистический подход в оценке эффективности и его перспективы в психиатрии и психотерапии. Натуралистический подход представляет собой наблюдение различий между группами, осуществляемое в естественных условиях [65]. Натуралистический подход подразумевает отсутствие «ослепления», рандомизации и контрольной группы. Таким образом, достаточный контроль переменных при использовании натуралистического подхода практически невозможен. Для повышения валидности исследований предлагается использовать количественные методы оценки эффективности, максимально подробно описывать участников исследования и процесс проведения психотерапии [19, 20, 31], фактически, при таком подходе, исследование превращается в исследование множества случаев с их общей количественной оценкой. В качестве теоретического обоснования подобного подхода предлагается отнесение психотерапии к наукам неклассического типа [20]. В то же время, оценка эффективности психотерапии является системной частью оценки эффективности в психиатрии и медицине в целом, и применение в отношении нее принципиально иной методологии невозможно без доминирования концепции о неклассических науках в психиатрии и общей медицине.

Концепция recovery и ее роль в оценке эффективности психотерапии

Концепция recovery (выздоровления) активно, но весьма разнопланово используется в современных психиатрии и психотерапии [51, 62, 67].

Среди трактовок наличествует динамически-метафорическая, в которой recovery описывается как процесс – стремление к некоему идеалу [62]. Имеется и понимание выздоровления как результа-



Контроль листа ожидания с перекрестной оценкой

Примечания: Пунктирными стрелками обозначены периоды ожидания, черными – периоды воздействия, t1 – период времени 1, оценка до начала психотерапии/включения в лист ожидания, t2 – период времени 2, оценка на момент окончания ожидания, t3 – период времени 3, оценка эффекта воздействия

та, исхода [37, 64, 67, 68, 71]. Отмечается, что с позиции пациента выздоровление может восприниматься индивидуализированно; при совпадении динамики объективных и субъективных показателей, один пациент будет считать себя здоровым, другой же продолжит «болеть» [24].

Большинство сторонников понимания *recovery* как полного восстановления функционирования используют этот термин в отношении невротических расстройств [37, 64, 67, 71], иногда специально оговариваясь, что такое понимание не применимо в отношении шизофрении или аутизма [51].

Своеобразная попытка статистического понимания *recovery* предпринята N.S.Jacobson и соавт. [51], описавших выздоровление как переход из популяции «больных» в популяцию «здоровых» через параметрически определяемый психометрический межпопуляционный «порог» «здоровых» и «больных», «перешагивание» через который определяется как выздоровление. В зависимости от имеющихся данных относительно популяций описаны следующие варианты нахождения этого «порога»: 1) два среднеквадратичных отклонения от среднего значения популяции «больных»; 2) два среднеквадратичных отклонения от среднего значения популяции «здоровых»; 3) середина между средними значениями популяций «больных» и «здоровых». Последний вариант используется, если распределения выборок сильно перекрываются. Данный подход получил широкое распространение вследствие своей простоты и возможности связать понимание *recovery* с количественными данными, получаемыми при обработке опросников и шкал, однако он является излишне упрощенным.

Выздоровление также может трактоваться как полное отсутствие симптомов расстройства, в противоположность улучшению, когда симптомы присутствуют, но их недостаточно для постановки диагноза по используемой классификации [71].

И наконец, выздоровление может пониматься как полное восстановление функционирования индивида на биологическом, психологическом, социально-поведенческом уровне [16, 67].

Системный качественно-количественный подход и методология квазиэксперимента

Для решения проблемы оценки эффективности психотерапии в научном, практическом форматах нами предлагается сочетание системной качественно-количественной оценки (рекомендуемой в доказательном подходе) и принятой методологии квазиэксперимента.

Системная качественно-количественная оценка эффективности психотерапии расстройств невротического регистра ранее описывалась в работах Р.Д.Тукаева [16, 17, 67]. С точки зрения этого подхода первоначальная клиническая выраженность состояния и полное восстановление состо-

яния являются качественными показателями, в то время как промежуточные градации относительны и говорят о снижении интенсивности симптоматики. Шкала включает следующие пункты: 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; 5) ухудшение функционирования организма и психики индивида после проведенной терапии с последующей стабилизацией ухудшения; 6) прогрессивное ухудшение функционирования организма и психики индивида после проведенной терапии. Качественно-количественная шкала реализуется как системный инструмент, где используется: 1) оценка терапевта; 2) оценка пациента; 3) возможна дополнительная оценка иного специалиста; 4) оценка с помощью инструментальных (в том числе, психометрических) методов, 5) возможно введение дополнительных критериев оценки как качественных, так и количественных.

Системная качественно-количественная шкала используется в ряде отечественных исследований для оценки эффективности психотерапии невротических [3, 4, 9, 22] и соматических [2, 7] расстройств.

Среди квазиэкспериментальных методик наиболее перспективной применительно к исследованиям эффективности психотерапии является контроль листа ожидания с перекрестной оценкой, схема проведения эксперимента для которого подробно описана и применяется, в том числе, в исследованиях эффективности психотерапии [32, 60, 66]. Значимым фактором является простота применения дизайна, что позволяет снизить потери данных вследствие выхода пациентов из исследования и получить больше данных об эффекте при равном объеме выборки за счет повторной оценки контрольной группы. Авторами мета-анализов и обзоров признается высокая валидность исследований с контролем листа ожидания [47, 48, 57].

Сочетание данного варианта дизайна с системной качественно-количественной оценкой результата позволяет разрешить целый ряд методологических и методических трудностей: 1) проблему рандомизации и последующего выпадения пациентов из группы контроля; 2) проблему интерпретации количественных данных и, следовательно, внешней валидности исследования; 3) проблему «ослепления» контрольной группы; 4) проблему набора испытуемых, как правило, не желающих принимать участие в исследовании, если есть вероятность попадания в группу контроля; 5) проблему утери данных результата психотерапии в контрольной группе при отсутствии перекрестной оценки.

Заключение

Итак, по результатам анализа нами предложен метод оценки эффективности психотерапии расстройств невротического регистра, сочетающий: 1) системную качественно-количественную оценку эффективности психотерапии; 2) контроль листа ожидания с перекрестной оценкой. Оба компонента

предлагаемого метода оценки эффективности психотерапии ранее верифицированы в эмпирических исследованиях и отражены в отечественных (компонент 1) и международных публикациях (компоненты 1, 2). Надеемся, что последующая практика верифицирует данный метод как валидный и практичный.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карвасарский Б.Д. Неврозы. М., 1990. 475 с.
2. Кирюхина М.В., Цыганков Б.Д., Набиуллина Р.Р. Психотерапевтическая коррекция дезадаптивных психологических защитных механизмов в лечении больных артериальной гипертензией с пограничными психическими расстройствами // *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева*. 2007. Т. 4, № 2. С. 36–48.
3. Клементьева И.С. Психотерапия обсессивно-компульсивных расстройств с учетом клинических и личностно-психологических характеристик: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2008.
4. Корабельникова О.П. Новые возможности гипнотерапии тревожных расстройств // Ежегодные Давиденковские чтения. Актуальные проблемы клинической неврологии: материалы Всероссийской юбилейной научно-практической конференции / Под ред. Н.М.Жулева. СПб., 2009. 254 с.
5. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М., 2011. 432 с.
6. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. ВОЗ, Женева, 1996. 208 с.
7. Набиуллина Р.Р. Результаты психотерапии больных артериальной гипертензией с различной генетической детерминированностью // *Обзор психиат. и мед. психол.* 2006. Т. 2, № 7.
8. Платонов К.И. Слово как физиологический и лечебный фактор. М., 1962. 532 с.
9. Погодина М.Г. Проспективная образно-гипнотическая терапия невротических расстройств на стационарном этапе: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2009.
10. Психиатрия: национальное руководство / Под ред. Т.Б.Дмитриевой, В.Н.Краснова, Н.Г.Незнамова и соавт. М., 2009.
11. Руководство по психиатрии / Под ред. А.С.Тиганова. М., 1999.
12. Святош А.М. Неврозы. М., 1982. 236 с.
13. Слободяник А.П. Психотерапия, внушение, гипноз. Киев, 1982. 376 с.
14. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М., 2003. 432 с.
15. Тукаев Р.Д. Оценка эффективности психотерапии с позиции медицины, основанной на доказательствах // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2004. Т. 14, № 1. С. 87–96.
16. Тукаев Р.Д. Проблематика оценки эффективности психотерапии психогений // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2004. Т. 14, № 4. С. 107–108.
17. Тукаев Р.Д. Психотерапия; теории, структуры и механизмы. М., 2007. 392 с.
18. Тукаев Р.Д. Триггерные механизмы биологического и психического стресса в соотношении с диатез-стрессовыми моделями психиатрии // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2012. Т. 22, № 2. С. 69–77.
19. Холмогорова А.Б. Две конкурирующие методологии в исследованиях психотерапии и ее эффективности: поиск третьего пути. Часть II // *Консультативная психология и психотерапия*. 2010. № 1.
20. Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. М.: ИД «Медпрактика-М», 2011.
21. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Никитина И.В., Пуговкина О.Д. Научные исследования процесса психотерапии и ее эффективности: современное состояние проблемы. Часть I // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2009. Т. 19, № 3. С. 92–100.
22. Цай П.А. Отражение неосознаваемой установочной мотивации у родителей больных детей с неврозом на эффективность суггестивной психотерапии // *Экспериментальна і клінічна медицина*. 2008. N 2. С. 134–137.
23. Anderson J.A. The ethics and science of placebo-controlled trials: assay sensitivity and the Duhem-Quine thesis // *J. Med. Philos.* 2006. Vol. 31, N 1. P. 65–81.
24. Beaton D.E., Tarasuk V., Katz J.N. et al. «Are you better?» A qualitative study of the meaning of recovery // *Arthritis Rheum.* 2001. Vol. 45, N 3. P. 270–279.
25. Belleville G., Cousineau H., Levrier K. et al. The impact of cognitive-behavior therapy for anxiety disorders on concomitant sleep disturbances: a meta-analysis // *J. Anxiety Dis.* 2010. Vol. 24, N 4. P. 379–386.
26. Berenz E.C., Coffey S.F. Treatment of co-occurring posttraumatic stress disorder and substance use disorders // *Curr. Psychiatr. Rep.* 2012. Vol. 14, N 5. P. 469–477.
27. Bonell C.P. et al. Alternatives to randomisation in the evaluation of public health interventions: design challenges and solutions // *J. Epidemiol. Comm. Health.* 2011. Т. 65, N 7. P. 582–587.
28. Broich K. Committee for Medicinal Products for Human Use. Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP) assessment on efficacy of antidepressants // *Eur. Neuropsychopharmacol.* 2009. Vol. 19, N 5. P. 305–308.
29. Brown C.A., Lilford R.J. The stepped wedge trial design: a systematic review // *BMC Med. Res. Methodol.* 2006. Vol. 8, N 6. P. 54.
30. Brown C.H., Wyman P.A., Guo J., Pena J. Dynamic wait-listed designs for randomized trials: new designs for prevention of youth suicide // *Clin. Trials.* 2006. Vol. 3, N 3. P. 259–271.
31. Caspar F. Perspectives on Psychotherapy integration. Balanced Psychotherapy research // *IFP Newsletter*. 2010. Vol. 1. P. 11–17.
32. Cropsey K., Eldridge G., Weaver M. et al. Smoking cessation intervention for female prisoners: addressing an urgent public health need // *Am. J. Public Health.* 2008. Vol. 98, N 10. P. 1894–1901.
33. Dainty K.N., Scales D.C., Brooks S.C. et al. A knowledge translation collaborative to improve the use of therapeutic hypothermia in post-cardiac arrest patients: protocol for a stepped wedge randomized trial // *Implement. Sci.* 2011. Vol. 14, N 6. P. 4.
34. Drake R.E., O'Neal E.L., Wallach M.A. A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders // *J. Subst. Abuse Treat.* 2008. Vol. 3DSM-4; 4th edition. Washington, 1994. 886 p.
35. DSM-4; 4th edition. Washington, 1994. 886 p.
36. Elliott S.A., Brown J.S.L. What are we doing to waiting list controls? // *Behav. Res. Ther.* 2002. Т. 40, N 9. P. 1047–1052.
37. Eysenck H.J. The effects of psychotherapy: an evaluation. 1952. // *J. Consult. Clin. Psychol.* 1992. Vol. 60, N 5. P. 659–663.
38. Firth M.T. An evaluation of the effectiveness of psychiatric treatment on adolescent in-patients and out-patients // *Acta Paedopsychiatr.* 1992. Vol. 55, N 3. P. 127–133.
39. Ghaemi S.N. The case for, and against, evidence-based psychiatry // *Acta Psychiatr. Scand.* 2009. Vol. 119, N 4. P. 249–251.
40. Gray G.E. Concise guide to evidence-based psychiatry // *Am. Psychiatr. Pub.* 2004.
41. Green L.W., Glasgow R.E. Evaluating the relevance, generalization, and applicability of research issues in external validation and translation methodology // *Evaluation Health Professions.* 2006. Vol. 29, N 1. P. 126–153.
42. Grossman P., Niemann L., Schmidt S., Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis // *J. Psychosom. Res.* 2004. Vol. 57, N 1. P. 35–43.
43. Gureje O. Comorbidity of pain and anxiety disorders // *Curr. Psychiatr. Rep.* 2008. Vol. 10, N 4. P. 318–322.
44. Hajek P., Stead L.F., West R., Jarvis M. Relapse prevention interventions for smoking cessation // *Coch. Database Syst. Rev.* 2005. Vol. 25, N 1: CD003999
45. Handley M.A., Schillinger D., Shiboski S. Quasi-experimental designs in practice-based research settings: design and implementation considerations // *J. Am. Board Fam. Med.* 2011. Vol. 24, N 5. P. 589–596.
46. Hashimoto M. [Empirical study of inpatients viewed from the individual psychotherapy] [Article in Japanese] *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 1991. Vol. 93, N 7. P. 527–555.
47. Herbert J.D. The science and practice of empirically supported treatments // *Behav. Modification.* 2003. Vol. 27, N 3. P. 412–430.
48. Samad Z., Brealey S., Gilbody S. The effectiveness of behavioral therapy for the treatment of depression in older adults: a meta-analysis // *Int. J. Geriatr. Psychiatry.* 2011. Vol. 26, N 12. P. 1211–1220.
49. Hetrick S.E. et al. Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post traumatic stress disorder (PTSD) // *Coch. Database Syst. Rev.* 2010. Vol. 7.
50. Heyder D.W. A contribution to overcoming the problem of waiting

- lists // *Am. J. Orthopsychiatr.* 1965. Vol. 35, N 4. P. 772–778.
51. Hussey M.A., Hughes J.P. Design and analysis of stepped wedge cluster randomized trials // *Contemp. Clin. Trials.* 2007. Vol. 28, N 2. P. 182–191.
 52. Jacobson N.S., Truax P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research // *J. Consult. Clin. Psychol.* 1991. Vol. 59, N 1. P. 12–19.
 53. Jeffreys M., Capehart B., Friedman M.J. Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: review with clinical applications // *J. Rehab. Res. Dev.* 2012. Vol. 49, N 5. P. 703–715.
 54. Khan A., Faucett J., Lichtenberg P. et al. A systematic review of comparative efficacy of treatments and controls for depression // *PLoS One.* 2012. Vol. 7, N 7. e41778.
 55. Kirsch I., Deacon B.J., Huedo-Medina T.B. et al. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration // *PLoS Med.* 2008. Vol. 5, N 2. e45.
 56. Lieb R., Meinschmidt G., Araya R. Epidemiology of the association between somatoform disorders and anxiety and depressive disorders: an update // *Psychosom. Med.* 2007. Vol. 69, N 9. P. 860–863.
 57. McAllister-Williams R.H. 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. // *Evid. Based Ment. Health.* 2008. Vol. 11, N 3. P. 66–68.
 58. Mdege N.D., Man M.S., Taylor Nee Brown C.A., Torgerson D.J. Systematic review of stepped wedge cluster randomized trials shows that design is particularly used to evaluate interventions during routine implementation // *J. Clin. Epidemiol.* 2011. Vol. 64, N 9. P. 936–948.
 59. Melander H., Ahlqvist-Rastad J., Meijer G., Beermann B. Evidence b(i)ased medicin - selective reporting from studies sponsored by pharmaceutical industry: review of studies in new drug applications // *BMJ.* 2003. Vol. 31. P. 1171–1173.
 60. Morrison J.K., Teta D.C. Simplified use of the semantic differential to measure psychotherapy outcome // *J. Clin. Psychol.* 1978. Vol. 34, N 3. P. 751–753.
 61. Ng S.M., Li A.M., Lou V.W. et al. Incorporating family therapy into asthma group intervention: a randomized waitlist-controlled trial // *Fam. Process.* 2008. Vol. 47, N 1. P. 115–130.
 62. Parikh S.V., Zaretsky A., Beaulieu S. et al. A randomized controlled trial of psychoeducation or cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: a Canadian Network for Mood and Anxiety treatments (CANMAT) study [CME] // *J. Clin. Psychiatr.* 2012. Vol. 73, N 6. P. 803–810.
 63. Pilgrim D., Rogers A., Pescosolido B. (Ed.). *The SAGE handbook of mental health and illness.* SAGE Publications Limited, 2010.
 64. Reynolds S., Wilson C., Austin J., Hooper L. Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: a meta-analytic review // *Clin. Psychol. Rev.* 2012. Vol. 32, N 4. P. 251–262.
 65. Ruwaard J., Lange A., Schrieken B. et al. The effectiveness of online cognitive behavioral treatment in routine clinical practice // *PLoS One.* 2012. Vol. 7, N 7. e40089.
 66. Shadish W.R., Cook T.D., Campbell D.T. *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference.* New York: Houghton Mifflin Company, 2002.
 67. Thompson N.J., Walker E.R., Obolensky N. et al. Distance delivery of mindfulness-based cognitive therapy for depression: project UPLIFT // *Epilepsy Behav.* 2010. Vol. 19, N 3. P. 247–254.
 68. Tukaev R.D. Research on the effectiveness of the universal hypnotherapy model / 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.
 69. Tukaev R.D. Universal hypnotherapy and resilience – resourcefulness model / 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.
 70. Turner J., Kelly B., Clarke D. et al. A randomised trial of a psychosocial intervention for cancer patients integrated into routine care: the PROMPT study (promoting optimal outcomes in mood through tailored psychosocial therapies) // *BMC Cancer.* 2011. Vol. 1, N 11. P. 48.
 71. Vora S., Layman W.A., Mann E.T., Danesino A. The effects of long-term psychotherapy on patients' self-perception // *Dis. Nerv. Syst.* 1977. Vol. 38, N 9. P. 717–721.
 72. Vriends N., Becker E.S., Meyer A. et al. Recovery from social phobia in the community and its predictors: data from a longitudinal epidemiological study // *J. Anxiety Dis.* 2007. Vol. 21, N 3. P. 320–337.
 73. Walters, Kimberly A. The use of post-intervention data from waitlist controls to improve estimation of treatment effect in longitudinal randomized controlled trials. Diss. The Ohio State University, 2008.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ НЕВРОТИЧЕСКОГО РЕГИСТРА: ПРОБЛЕМЫ, ОГРАНИЧЕНИЯ, ВОЗМОЖНОСТИ

Р. Д. Тукаев, В. Е. Кузнецов, Д. А. Москаленко, Н. М. Петраш

В статье предпринят системный анализ оценки эффективности психотерапии расстройств невротического регистра в контексте ограничений диагностически-классификационного характера, в связи с доказательным подходом, сложившейся практики психометрической оценки. Рассмотрены варианты квазиэкспериментального дизайна исследований эффективности психотерапии, натуралистический подход, концепция recovery. Для оценки эффективности психотерапии расстройств не-

вротического регистра предложен комбинированный метод, сочетающий системную качественно-количественную оценку эффективности психотерапии и дизайн контроля листа ожидания с перекрестной оценкой.

Ключевые слова: оценка эффективности психотерапии, расстройств невротического регистра, доказательный подход, квазиэксперимент, контроль листа ожидания с перекрестной оценкой, качественно-количественная оценка эффективности психотерапии.

EVALUATION OF PSYCHOTHERAPY EFFICACY IN NEUROTIC LEVEL DISORDERS; PROBLEMS, RESTRICTIONS, OPPORTUNITIES

R. D. Tukaev, V. E. Kuznetsov, D. A. Moskalenko, N. M. Petrash

The article provides a systemic analysis concerning evaluation of psychotherapy efficacy in neurotic level disorders in the context of restrictions imposed by current diagnostic and classification system and in connection with evidence-based approach that involves psychometric measurements. The authors consider the variants of quasi experimental design, naturalistic approach and the recovery concept in terms of

evaluation of therapy efficacy. They propose an integral method that combines systemic qualitative and quantitative assessment of efficacy and the wait list controlled cross-over design.

Key words: evaluation of psychotherapy efficacy, neurotic level disorders, evidence-based approach, quasi-experiment, wait list controlled cross-over design, qualitative and quantitative assessment of efficacy.

Тукаев Рашид Джаудатович – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра психотерапии и сексологии Российской медицинской академии последипломного образования; e-mail: tukaevrd@gmail.com

Кузнецов Владислав Евгеньевич – аспирант ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: kuznetsov.v.e@gmail.com

Москаленко Дмитрий Андреевич – аспирант ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: moskalenko.alt@gmail.com

Петраш Наталья Михайловна – врач-психотерапевт ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: psyhoter@ya.ru