

## КОГНИТИВНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВАХ: ОЦЕНКА В КОНТРОЛИРУЕМОМ ИССЛЕДОВАНИИ

Р.Д. Тукаев<sup>1,2</sup>, В.Е. Кузнецов<sup>1</sup>

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии –  
филиал ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России<sup>1</sup>,  
Российская медицинская академия последипломного образования<sup>2</sup>*

В настоящее время тревожные расстройства (ТР) признаны самой частой категорией психических расстройств, встречаясь в популяции в 3,7–5,1% случаев; частота панического расстройства (ПР) оценена в пределах 1,8–4,7% [27, 29]; частота генерализованного тревожного расстройства (ГТР) – в пределах 1,7–3,4% [26, 28]. Современная терапия ТР представлена в основном фармакотерапией антидепрессантами, анксиолитиками, высокопотентными транквилизаторами [4, 32], однако, частота рецидивов после 6-ти месячного курса антидепрессивной терапии превышает 50% [20, 24].

Из методов психотерапии ТР, в том числе с приступами паники (ПП), признаны результативными: когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ) [33, 35], поведенческие терапия подверганием и терапия предотвращения тревожного ответа [17]. Считается, что терапией выбора для панического расстройства с или без агорафобии является КБТ [15, 22, 25, 30], а комбинация психотерапии и фармакотерапии может ухудшить результаты КБТ [33]. Имеются и компромиссные данные [31, 36], согласно которым психотерапия наравне с комбинацией психотерапии и фармакотерапии являются терапией первого выбора при паническом расстройстве с или без агорафобии. В последние годы в терапии тревожных расстройств широко применяются методы когнитивной психотерапии, включающие медитацию полноты осознания. А.М.Вейном и соавт. [2] отмечена превосходящая фармакотерапию эффективность психотерапии на основе гипнотерапии при лечении панических приступов.

Ранее Р.Д.Тукаевым и соавт. разработана и внедрена в практику методика когнитивно-ориентированной психотерапии (КОПТ) тревожных расстройств с приступами паники, показавшая высокую клиническую эффективность в нерандомизированном исследовании [5]. Протокол данной методики включает следующие компоненты: 1) психообразовательный; 2) каузально-когнитивно ориентированный; 3) гипнотерапевтический (на основе методики универсальной гипнотерапии

Р.Д.Тукаева (УГТ). УГТ оказалась результативной при терапии невротических расстройств невротозоподобных расстройств органического, в том числе, нейротоксического генеза [7], использовалась в психотерапии алиментарного ожирения, у онкобольных. УГТ базируется на: активации психологического процесса нормального переживания посредством дистанцирования, повышении самоидентичности, улучшении текущего самочувствия; на основе восстановления и/или научения; активации эустрессового реадaptивного саногенеза. Было показано, что УГТ представляет современный, научно сформатированный российский аналог западных медитативных методик, основанных на феномене «полноты осознания» [11, 12].

**Целью** настоящего исследования было: изучение клинической эффективности КОПТ [9, 10] для пациентов, страдающих паническим расстройством с агорафобией или без нее (ПР/АФ) и генерализованным тревожным расстройством (ГТР); оценка наличия эффекта актуализации психологического процесса нормального переживания и его влияния на общую эффективность терапии. Нами использован дизайн рандомизированного исследования с контролем листа ожидания. Оценка клинической значимости результатов исследования проведена с использованием статистических показателей достоверности изменений и клинической значимости размера эффекта.

### Метод исследования

**Участники.** Пациенты были вовлечены в исследование с помощью объявления на сайте МНИИП МЗ РФ, предлагающего бесплатную психотерапевтическую помощь лицам с тревожными расстройствами, приступами паники. Критериями включения для пациентов были: 1) возраст от 18 до 60 лет; 2) соответствие диагностическим критериям ПР (F41.0, F40.01) или ГТР (F41.1). Критериями исключения для пациентов были: 1) суицидальная готовность; 2) наличие других психических расстройств, определяющих состояние больного (шизофренического

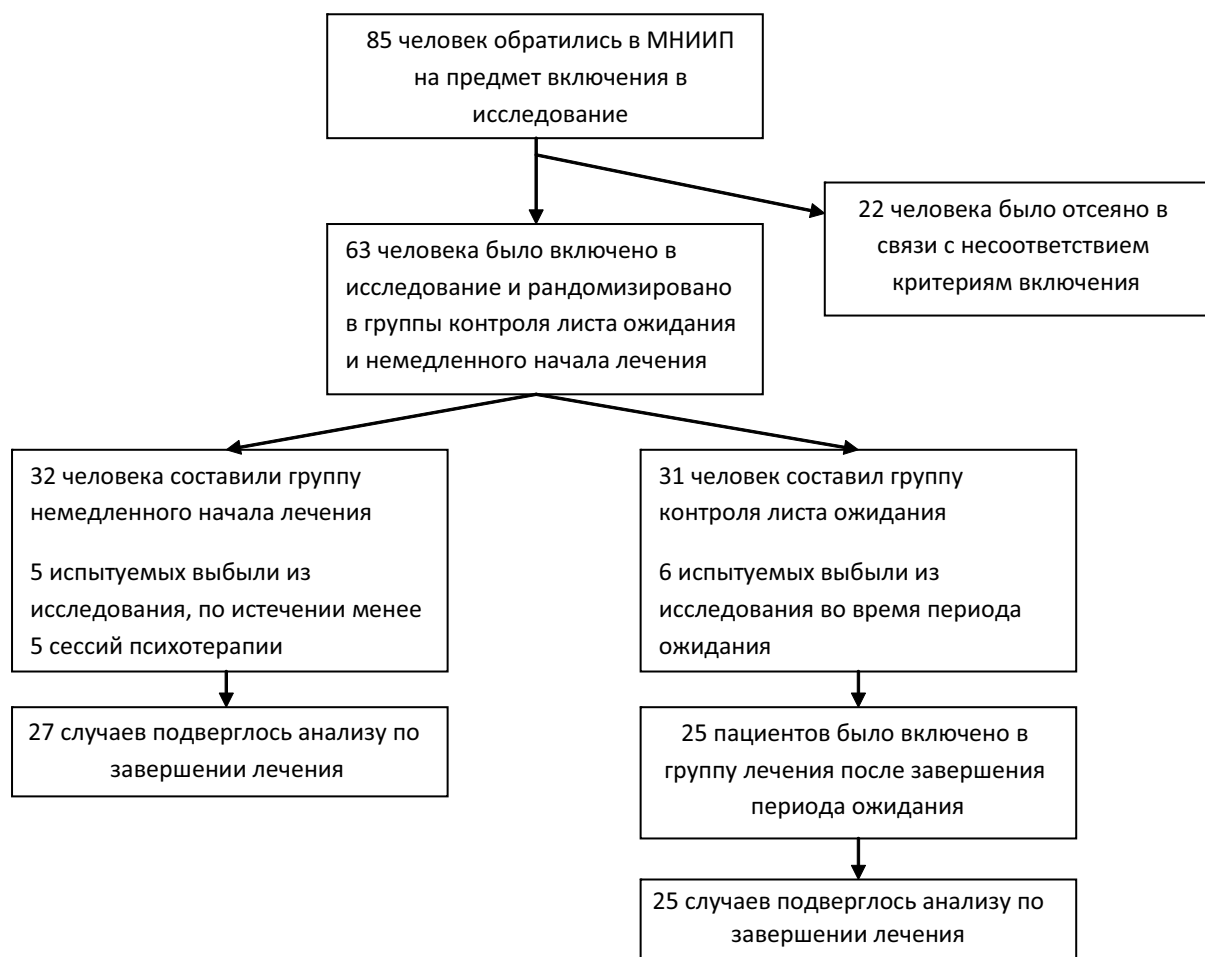


Рис. 1. Распределение пациентов в исследовании

спектра, аффективных, личностных); 3) наличие тяжелых соматических заболеваний в стадии декомпенсации; 4) актуальное участие в иных психотерапевтических программах.

Использованные критерии допускали наличие депрессивной, фобической симптоматики, при условии, что пациенты имели тревожное расстройство как ведущий диагноз. Допускалось наличие исходной фармакотерапии антидепрессантами, анксиолитиками, транквилизаторами. С пациентами оговаривалась возможность прекращения фармакотерапии по мере улучшения состояния в ходе психотерапии. Фармакотерапия прекращена у всех пациентов к 5–6 сессии психотерапии, все пациенты завершили терапию при полном отсутствии фармакотерапии. Рис. 1 иллюстрирует формирование потока пациентов в исследовании.

**Процедуры.** После предварительного телефонного скрининга участникам, соответствующим критериям проводимого исследования ( $n=63$ ), было проведено стандартное структурированное клиническое интервью по исследовательским критериям МКБ-10 [2]. Участники также прошли психологическое обследование, заполнив бланки самоотчета клинических опросников, использовавшихся для базовой оценки.

**Дизайн.** После проведения диагностического интервью и заполнения бланков психометрических методик, пациенты были рандомизированы с поочередным, через одного, направлением в терапевтическую группу или группу контроля листа ожидания. В терапевтической группе проводилось психотерапевтическое воздействие, после чего пациенты повторно заполняли бланки опросников. Пациентам группы контроля листа ожидания сообщалось о наличии определенной очередности на прохождение терапии, и что исследование подразумевает двукратное заполнение клинических опросников до начала лечения и предлагалось обратиться снова через 3 недели для прохождения курса терапии. Оценка психометрических данных в этой группе проводилась за 3 недели до начала терапии, непосредственно перед началом лечения и по завершении курса психотерапии. 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.

**Лечение.** КОПТ была построена на основе протокола, разработанного Р.Д.Тукаевым [8–10]. Терапевтическая интервенция содержит три основных компонента: 1) психообразовательный; 2) каузально-

когнитивно ориентированный; 3) гипнотерапевтический.

Психообразовательный компонент включает дидактический материал: 1) о тревоге как о нормальной мобилизационной реакции, требующейся для преодоления или избегания ситуации опасности; 2) о тревожном расстройстве и его фазном развитии в вариантах ПР и ГТР в силу «раскачки» реакции тревоги комплексом психогенных, социально-средовых, биологических факторов; 3) возможностях психотерапевтического купирования тревожного расстройства на основе 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. Психообразовательный компонент КОПТ реализуется на первой терапевтической сессии, в индивидуальном или групповом формате.

Каузально-когнитивно ориентированный компонент КОПТ решает задачи: 1) индивидуализации усвоения психообразовательного компонента; 2) нормализации травматического опыта пациента в переживании ПП (при наличии такового); 3) стимулирования копинга пациентом триггеров тревоги, ограничительного поведения, фобий; 4) стимулирования формирования и поддержания здорового образа жизни с нормализацией вегетативного регулирования; 5) стимулирования овладения пациентом навыком самостоятельного понимания и решения проблемных ситуаций; 6) развития навыков позитивного мышления и мировосприятия. Каузально-когнитивно ориентированный компонент КОПТ реализуется на 2–7 сессиях терапии, занимая 20 минут времени часовой сессии и интегрируясь с УГТ.

Гипнотерапевтический компонент КОПТ использует методику УГТ [2, 7], направленную на: 1) повышение личностной интегрированности и самоидентичности; 2) использование проективных преобразований психогенного, сомато-сенсорного контекста индивидуума; 3) седативно-дистанцирующее воздействие репродуцируемого цвета; 4) стимуляцию дистанцирования стрессогенных переживаний и завершения негативных состояний, расстройств, переживаний на основе моделирования и проработки индивидуумом корригирующего, позитивного поведения; 5) дублирование действия используемых приемов; 6) итоговое создание в гипнотерапии позитивно-векторного семантического пространства для активных терапевтических преобразований пациента.

Длительность УГТ, проводимой во второй части одночасовой сессии КОПТ – 40 минут. Частота сессий КОПТ – 3 раза в неделю, общее число сессий 8–15, до достижения состояния устойчивого улучшения состояния пациента.

**Инструменты.** Симптоматический опросник SCL-90 (адаптация Н.В.Тарабриной) [5]. Опросник состоит из 90 вопросов, охватывающих широкий спектр симптомов. В статье использованы шкалы DEP – депрессия, ANX – тревога, GSI – общий индекс тяжести симптоматики. Шкала тревоги Спилбергера-Ханина [13]. Методика содержит 40 вопросов и позволяет получить значение по шкалам ситуативная тревога и личностная тревога. Шкала депрессии Бека [5, 16]. Методика содержит 21 вопрос и позволяет оценить выраженность депрессии, учитывая ее когнитивный, соматический и эмоциональный компоненты. Шкала тревоги Шихана [1, 34]. Состоит из 35 вопросов и позволяет оценить выраженность тревожной симптоматики, прежде всего ее фобического компонента. Пятифакторный опросник полноты осознания (Five Facet Mindfulness Questionary – FFMQ), разработан R.A.Baer и соавт. [2], короткая версия (FFMQ-SF) предложена E.Bohlmeijer и соавт. в 2011 году [18]. Методика содержит 24 утверждения, которые предлагается оценить по пятибалльной шкале. Опросник позволяет оценить полноту осознания по пяти шкалам: «Созерцание», «Описание поступающей информации», «Внимание к действиям», «Безоценочное восприятие», «Нереагирование», и оценивает общий уровень полноты осознания. Опросник используется в авторской адаптации. Шкала внимательности и осознанности (Mindful attention awareness scale) разработана K.W.Brown и соавт. [19]. Опросник содержит 15 утверждений, которые испытуемый оценивает по шестибалльной шкале. Методика оценивает полноту осознания применительно к повседневной активности пациента. Опросник используется в авторской адаптации.

**Статистический подход.** Статистический анализ данных проведен с помощью программы «Statistica 10» и применен для сопоставления: 1) исходных данных первичной терапевтической группы и исходных данных группы контроля листа ожидания (КЛО); 2) исходных данных КЛО и данных КЛО на момент включения в терапевтическую группу; 3) исходных данных первичной терапевтической группы и группы (КЛО) на момент включения в терапевтическую группу; 4) исходных и последних обобщенных данных терапевтической группы и исходных данных КЛО и данных КЛО на момент включения в терапевтическую группу; 5) исходных и последних данных подгруппы монопсихотерапии (МПТ) и подгруппы психотерапии с прекращением психофармакотерапии (ПТ+ПФТ); 6) исходных и последних данных подгруппы панического расстройства (ПР) и подгруппы генерализованного тревожного расстройства (ГТР).

В статистический анализ показателей включены гендерно-демографические и психометрические показатели. Используются методы описательной статистики (M, SD), непараметрического сравнения выборок с попарно связанными (критерий Вилкок-

сона) и несвязанными (критерий Манна-Уитни) переменными. Для оценки размера эффекта использован индекс  $d$  Коэна (Cohen) [21, 23] ( $d \leq 0,20$  – размер эффекта малый,  $d \leq 0,50$  – размер эффекта умеренный,  $d \leq 0,80$  – размер эффекта большой). Размер эффекта подсчитывался с использованием взвешенного среднеквадратичного отклонения. При сравнении групп по степени улучшения состояния применен критерий  $\chi^2$ .

## Результаты

**Исходные характеристики основной и контрольной групп.** Сопоставляемые гендерно-демографические характеристики и клинико-диагностическая информация всей выборки, основной и контрольной групп представлены в табл. 1 и 2. Помимо выделения типа тревожного расстройства учитывалось наличие или отсут-

Таблица 1

Характеристика выборки

Показатель	Общие данные n=52	Первичная терапевтическая группа n=27	Группа КЛО n=25
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%)	13 (52,0%)
ГТР	23 (44,2%)	11(40,7%)	12 (48,0%)
Длительность заболевания – месяцы (M±SD)	54,5±77,4	51,5±53,7	58,4±100,8
ПФТ	20 (38,5%)	12 (44,4%)	8 (32,0%)

Примечания: первичная терапевтическая группа – группа пациентов приступивших к лечению сразу после скрининга; группа КЛО – группа пациентов, после скрининга включенных в лист ожидания. M – среднее значение, SD – стандартное отклонение.

Таблица 2

Показатели средних и стандартного отклонения на момент скрининга и начала терапии

Шкала	Общие данные на момент начала терапии n=52		Первичная терапевтическая группа на момент начала лечения n=27		Группа КЛО на момент включения n=25		Группа КЛО на момент начала лечения n=25		Группа МПТ на момент начала лечения n=32		Группа ПТ+ПФТ на момент начала лечения n=20		Группа ПР n=29		Группа ГТР n=23	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
SCL-90 DEP	1,66	0,82	1,58	0,75	1,59	0,81	1,74	0,90	1,56	0,64	1,81	1,06	1,68	0,77	1,62	0,91
SCL-90 ANX	1,85	0,93	1,75	0,87	1,75	0,89	1,96	1,00	1,76	0,80	2,01	1,11	2,09	0,81	1,54 <sup>2</sup>	1,00
SCL-90 GSI	1,29	0,62	1,23	0,66	1,33	0,58	1,35	0,58	1,21	0,41	1,42	0,86	1,40	0,62	1,14	0,61
STAI-S	37,35	11,11	38,59	10,25	36,16	11,12	36,00	12,04	34,25	6,66	42,30 <sup>1</sup>	14,74	36,80	10,83	38,09	11,71
STAI-T	55,08	9,79	54,63	9,86	53,72	6,71	55,56	9,90	52,69	8,10	58,90	11,19	55,53	10,12	54,45	9,52
BDI	19,54	10,24	19,96	10,74	19,80	10,20	19,08	9,87	18,44	8,92	21,30	12,09	19,93	10,89	19,00	9,49
ShARS	48,77	25,47	49,11	21,75	51,76	22,10	48,40	29,43	45,38	24,95	54,20	25,99	56,67	25,03	38,00 <sup>3</sup>	22,37
FFMQ-SF	71,54	9,28	72,60	8,62	71,68	8,95	70,40	9,99	71,70	7,34	71,28	11,95	72,46	9,02	70,28	9,68
MAAS	3,90	0,72	3,97	0,76	3,87	0,70	3,82	0,68	3,85	0,75	3,97	0,67	3,97	0,82	3,79	0,55

Примечания: SCL-90 DEP, ANX, GSI – шкалы депрессии, тревоги, общей тяжести симптоматики симптоматического опросника SCL-90; STAI-S – шкала тревоги Спилбергера, реактивная тревога; STAI-T – шкала тревоги Спилбергера, личностная тревога; BDI – шкала депрессии Бека; ShARS – шкала тревоги Шихана; FFMQ-SF – пятифакторная шкала полноты осознания, короткая версия, общий показатель; MAAS – шкала внимательности и осознанности; группа МПТ – группа монотерапии; группа ПТ+ПФТ – группа сочетанного лечения с помощью психотерапии и психофармакотерапии с последующей отменой психофармакотерапии; <sup>1</sup> – статистически значимое отличие от группы МПТ,  $p=0,01$ ; <sup>2</sup> – статистически значимое отличие от группы ПР,  $p=0,03$ ; <sup>3</sup> – статистически значимое отличие от группы ПР,  $p=0,007$ .

ствии исходной психофармакологической терапии к моменту включения в терапию.

29 участникам исследования был поставлен основной диагноз ПР (55,8%), (из них 10 участников на момент начала терапии принимали фармакотерапию), 23 участникам (44,2%) – основной диагноз ГТР (из них 10 участников на момент начала терапии принимали фармакотерапию). Сравнение основной и контрольной групп по демографическими и исходным клиническим и клинико-психометрическим показателям проведено с использованием Т-теста и  $\chi^2$ -теста для независимых выборок. Сопоставляемые группы не имели достоверных различий по всем сопоставлявшимся показателям, кроме показателя STAI-S, который статистически значимо различался в подгруппах МПТ и ПТ+ПФТ ( $p=0,01$ ), и показателей SCL-90 ANX ( $p=0,03$ ) и ShARS ( $p=0,007$ ), различающихся в подгруппах ПР и ГТР (таб. 1, 2), что указывает на принципиальную успешность рандомизации. Статистически значимые различия в исходных показателях подгрупп МПТ и ПТ+ПФТ обнаруживались также по показателю продолжительности заболевания (18,1 месяца и 112,8 месяцев соответственно,  $p<0,0001$ ). Средняя продолжительность курса психофармакотерапии до начала лечения в подгруппе ПТ+ПФТ составляла 37,6 месяцев, во всех случаях, кроме двух, за это время пациенты получали более 2 различных курсов терапии. Приведенные данные позволяют расценить пациентов подгруппы ПТ+ПФТ как резистентных к терапии.

**Пациенты, получавшие терапию; выбывшие и завершившие терапию.** Из 63 пациентов, начавших терапию, 11 (17%) прекратили ее досрочно. 4 пациента как причину прекращения терапии отметили невозможность посещения сессий в связи с временными ограничениями, 7 пациентов выбыли без объяснения причин. 52 пациента окончили терапию. У завершивших терапию 52 пациентов среднее число одночасовых терапевтических сессий КОПТ и средняя продолжительность терапии составила 13,5 сессий, однако, в группе (1) монотерапии среднее число сессий и длительность терапии составила 11,5 сессий, а в группе (2) психотерапии с прекращением психофармакотерапии данный показатель достоверно отличается и равен 16,7 сессиям. Эти различия были статистически значимыми,  $p=0,0005$ .

**Клиническая значимость терапевтических данных.** Для оценки клинической значимости терапевтических данных использованы системные качественно-количественные критерии оценки эффективности психотерапии Р.Д.Тукаева [7]. Критерии для ПР [8] модифицированы нами для настоящего исследования. Для оценки результатов терапии ГТР нами адаптированы общие исходные критерии [7]. Оценка степени улучшения использует качественно-количественную шкалу с четырьмя градациями: 1) значительное улучшение состояния; 2) улучшение состояния; 3) незначительное улуч-

шение состояния; 4) отсутствие улучшения состояния. При определении степени улучшения используются диагностические указания МКБ-10. В качестве дополнительных критериев используется оценка результата с помощью психометрических шкал.

Градация «Значительное улучшение состояния» (ЗУС) подразумевает полную редукцию симптомов, указанных как диагностические критерии расстройства в МКБ-10, и полную редукцию дополнительных симптомов, относимых в МКБ-10 к другим рубрикам психических расстройств. Пациент оценивает результат как полное выздоровление. Градация «Улучшение состояния» (УС) характеризуется значительной/полной, но неустойчивой редукцией симптомов расстройства по МКБ-10. Имеющихся симптомов недостаточно для постановки диагноза. Пациент оценивает результат лечения как «улучшение состояния», либо «значительное улучшение состояния». Градация «Незначительное улучшение состояния» (НУС) используется при незначительной, неустойчивой терапевтической редукции симптомов, когда сохраняющихся симптомов достаточно для постановки диагноза по МКБ-10. Пациент оценивает улучшение как незначительное, «улучшение состояния», «отсутствие улучшения». Градация «Отсутствие улучшения состояния» (ОУС) применима при отсутствии изменений клинической картины расстройства в итоге терапии. Пациент оценивает результат как «отсутствие улучшения».

В представленной шкале ЗУС и ОУС являются качественными показателями, тогда как УС, НУС прилежат к ОУС, количественно отражая степень редукции симптоматики. Подобный подход позволяет разделять пациентов на две качественно различающиеся группы по критерию улучшения – полное восстановление (ЗУС) и улучшение (УС, НУС, ОУС), с отходом от смешения и усреднения качественно различающихся результатов.

**Результаты психотерапии по данным психометрии.** Обобщенные результаты психотерапии в рассматриваемой выборке приведены в табл. 3. Согласно сравнению исходных и последних данных в основной группе, а также сопоставлению их с данными в группе КЛЮ, в основной группе произошло достоверное снижение показателей всех клинических шкал (SCL-90 DEP, SCL-90 ANX, SCL-90 GSI, STAI-S, STAI-T, BDI, ShARS), практически до уровня внеклинической нормы. Для шкалы STAI-T размер эффекта определен как умеренный (0,73), для остальных 6 показателей клинических шкал размер эффекта определен как большой (от 0,87 до 1,28). Показатели, оценивающие полноту осознания (FFMQ-SF, MAAS) достоверно возросли, с высоким (FFMQ-SF=0,98) и умеренным (MAAS=0,71) размерами эффекта. Достоверных изменений аналогичных показателей в группе КЛЮ за 3 недели не произошло.

Результаты психотерапии ПР и ГТР по данным психометрии приведены в табл. 4. В обеих подгруппах

## Итоговые результаты терапии

Шкала	Группа воздействия n=52			Группа листа ожидания n=25			d (между группами)
	M	SD	d (до-после)	M	SD	d (до-после)	
<b>SCL-90 DEP:</b>							
на момент включения	1,66	0,82	–	1,59	0,81	–	–
на момент окончания	0,94 <sup>1</sup>	0,83	0,87	1,74 <sup>2</sup>	0,90	0,18	0,92
<b>SCL-90 ANX:</b>							
на момент включения	1,85	0,93	–	1,75	0,89	–	–
на момент окончания	0,93 <sup>1</sup>	0,84	1,04	1,96 <sup>2</sup>	1,00	0,22	1,12
<b>SCL-90 GSI:</b>							
на момент включения	1,29	0,62	–	1,33	0,58	–	–
на момент окончания	0,74 <sup>1</sup>	0,59	0,89	1,35 <sup>2</sup>	0,58	0,03	1,04
<b>STAI-S:</b>							
на момент включения	37,35	11,11	–	36,16	11,12	–	–
на момент окончания	24,81 <sup>1</sup>	10,11	1,18	36,00 <sup>2</sup>	12,04	0,01	1,01
<b>STAI-T:</b>							
на момент включения	55,08	9,79	–	53,72	6,71	–	–
на момент окончания	48,12 <sup>1</sup>	9,27	0,73	55,56 <sup>3</sup>	9,90	0,22	0,78
<b>BDI:</b>							
на момент включения	19,54	10,24	–	19,80	10,20	–	–
на момент окончания	9,65 <sup>1</sup>	7,41	1,11	19,08 <sup>2</sup>	9,87	0,07	1,08
<b>ShARS:</b>							
на момент включения	48,77	25,47	–	51,76	22,10	–	–
на момент окончания	22,04 <sup>1</sup>	14,99	1,28	48,40 <sup>2</sup>	29,43	0,13	1,13
<b>FFMQ-SF:</b>							
на момент включения	71,54	9,28	–	71,68	8,95	–	–
на момент окончания	80,12 <sup>1</sup>	8,06	0,98	70,40 <sup>2</sup>	9,99	0,13	1,07
<b>MAAS:</b>							
на момент включения	3,90	0,72	–	3,87	0,70	–	–
на момент окончания	4,35 <sup>1</sup>	0,71	0,63	3,82 <sup>4</sup>	0,68	0,07	0,76

Примечания: SCL-90 DEP, ANX, GSI – шкалы депрессии, тревоги, общей тяжести симптоматики симптоматического опросника SCL-90; STAI-S – шкала тревоги Спилбергера, реактивная тревога; STAI-T – шкала тревоги Спилбергера, личностная тревога; BDI – шкала депрессии Бека; ShARS – шкала тревоги Шихана; FFMQ-SF – пятифакторная шкала полноты осознания, короткая версия, общий показатель; MAAS – шкала внимательности и осознанности; <sup>1</sup> – статистически значимое отличие от показателей на момент включения,  $p < 0,0001$ ; <sup>2</sup> – статистически значимое отличие от группы воздействия,  $p \leq 0,0001$ ; <sup>3</sup> – статистически значимое отличие от группы воздействия,  $p = 0,001$ ; <sup>4</sup> – статистически значимое отличие от группы воздействия  $p = 0,002$ .

произошли статистически значимые изменения показателей всех используемых шкал. Статистически значимых различий между группами на момент окончания исследования обнаружено не было. Размеры эффекта для клинических шкал (SCL-90 DEP, SCL-90 ANX, SCL-90 GSI, STAI-S, STAI-T, BDI, ShARS) были несколько выше в подгруппе ПР, где для всех показателей он определялся как большой – от 0,99 до 1,75 (кроме STAI-T – умеренный, 0,69). В подгруппе ГТР размер эффекта был умеренным (0,53–0,74) для 5 шкал (SCL-90 DEP, SCL-90 ANX, SCL-90 GSI, STAI-T, ShARS) и большим (1,06–1,20) для 2 шкал (STAI-S, BDI). Показатели полноты осознания в подгруппе ПР характеризовались умеренным размером эффекта (FFMQ-SF=0,78, MAAS=0,62), в подгруппе ГТР размер эффекта был большим для FFMQ-SF (1,20) и умеренным для MAAS (0,61).

Результаты монопсихотерапии (МПТ) и психотерапии с прекращением психофармакотерапии (ПТ+ПФТ) по данным психометрии приведены в табл. 5. Следует отметить наличие достоверных различий между подгруппами МПТ и ПТ+ПФТ на момент окончания исследования по 6 показателям из

9 (SCL-90 DEP, SCL-90 ANX, SCL-90 GSI, STAI-S, STAI-T, ShARS), что подтверждается большей выраженностью эффекта для МПТ при сравнении конечных показателей. При сопоставлении исходных и последних данных, в подгруппе МПТ произошло достоверное снижение показателей всех клинических шкал (SCL-90 DEP, SCL-90 ANX, SCL-90 GSI, STAI-S, STAI-T, BDI, ShARS) до уровня внеклинической нормы. Для всех 7 показателей клинических шкал размер эффекта определен как большой (от 1,13 до 1,91). Показатели, характеризующие полноту осознания (FFMQ-SF, MAAS) достоверно возросли, с большим (FFMQ-SF=1,17) и умеренным (MAAS=0,64) размерами эффекта.

При сравнении исходных и последних данных в подгруппе ПТ+ПФТ произошло достоверное умеренное снижение показателей 6 клинических шкал (SCL-90 ANX, SCL-90 GSI, STAI-S, STAI-T, BDI, ShARS), достоверных изменений показателей шкалы SCL-90 DEP не произошло. Для двух достоверно изменившихся показателей клинических шкал размер эффекта определен как большой (STAI-S=0,94; BDI=0,84; ShARS=1,11), для одной –

Результаты терапии в подгруппах ПР и ГТР

Шкала	Группа ПР n=29			Группа ГТР n=23			d (между группами)
	M	SD	d (до-после)	M	SD	d (до-после)	
SCL-90 DEP:							
на момент включения	1,68	0,77	-	1,62	0,91	-	-
на момент окончания	0,82 <sup>1</sup>	0,83	1,05	1,09 <sup>4</sup>	0,83	0,59	0,33
SCL-90 ANX:							
на момент включения	2,09	0,81	-	1,54	1,00	-	-
на момент окончания	0,89 <sup>1</sup>	0,72	1,52	0,98 <sup>3</sup>	1,00	0,53	0,10
SCL-90 GSI:							
на момент включения	1,40	0,62	-	1,14	0,61	-	-
на момент окончания	0,72 <sup>1</sup>	0,60	1,08	0,78 <sup>2</sup>	0,59	0,57	0,10
STAI-S:							
на момент включения	36,80	10,83	-	38,09	11,71	-	-
на момент окончания	24,13 <sup>1</sup>	9,77	1,20	25,72 <sup>3</sup>	10,73	1,06	0,15
STAI-T:							
на момент включения	55,53	10,12	-	54,45	9,52	-	-
на момент окончания	48,20 <sup>1</sup>	10,66	0,69	48,00 <sup>2</sup>	7,20	0,74	0,02
BDI:							
на момент включения	19,93	10,89	-	19,00	9,49	-	-
на момент окончания	10,13 <sup>1</sup>	8,29	0,99	9,00 <sup>2</sup>	6,16	1,20	0,15
ShARS:							
на момент включения	56,67	25,03	-	38,00	22,37	-	-
на момент окончания	20,40 <sup>1</sup>	13,78	1,75	24,27 <sup>3</sup>	16,56	0,67	0,25
FFMQ-SF:							
на момент включения	72,46	9,02	-	70,28	9,68	-	-
на момент окончания	79,18 <sup>1</sup>	8,17	0,78	81,32 <sup>3</sup>	7,95	1,20	0,27
MAAS:							
на момент включения	3,97	0,82	-	3,79	0,55	-	-
на момент окончания	4,45 <sup>1</sup>	0,70	0,62	4,20 <sup>3</sup>	0,71	0,61	0,35

Примечания: SCL-90 DEP, ANX, GSI – шкалы депрессии, тревоги, общей тяжести симптоматики симптоматического опросника SCL-90; STAI-S – шкала тревоги Спилбергера, реактивная тревога; STAI-T – шкала тревоги Спилбергера, личностная тревога; BDI – шкала депрессии Бека; ShARS – шкала тревоги Шихана; FFMQ-SF – пятифакторная шкала полноты осознания, короткая версия, общий показатель; MAAS – шкала внимательности и осознанности; <sup>1</sup> – статистически значимое отличие от показателей на момент включения,  $p < 0,0001$ ; <sup>2</sup> – статистически значимое отличие от показателей на момент включения,  $p < 0,001$ ; <sup>3</sup> – статистически значимое отличие от показателей на момент включения,  $p < 0,005$ ; <sup>4</sup> – статистически значимое отличие от показателей на момент включения,  $p = 0,02$ .

как умеренный (SCL-90 ANX=0,56), для двух – как слабый (SCL-90 GSI=0,39; STAI-T=0,46). Показатели полноты осознания достоверно возросли с умеренными (FFMQ-SF=0,75; MAAS=0,57) размерами эффекта.

Результаты клинической оценки результативности и продолжительности терапии в подгруппах даны в табл. 6. Получены достоверные данные о преобладающей результативности и меньшей длительности КОПТ для подгруппы МПТ в сравнении с подгруппой ПТ+ПФТ (при МПТ эффект ЗУС отмечен у 22 пациентов из 32 (68,75%) при длительности 11,5±3,07 часов против ЗУС у 7 из 20 пациентов, с длительностью 16,7±6,05 часов). Для подгрупп

ПР и ГТР, при равной клинической результативности (частота ЗУС 16 из 29 (55,17%) и 13 из 23 (56,52%) соответственно), длительность КОПТ достоверно выше для ГТР (15,64±4,09 часов против 11,93±5,61 часов).

### Обсуждение результатов исследования

Результаты контролируемого исследования указывают на высокую эффективность КОПТ в отношении как ПР, так и ГТР, что подтверждается преимущественно высоким и умеренно высоким размерами эффекта по данным психометрии.

Справедливость выделения групп МПТ и ПТ+ПФТ подтверждена статистическим анализом данных

## Результаты терапии в подгруппах МПТ и ПТ+ПФТ

Шкала	Группа МПТ n=32			Группа ПТ+ПФТ n=20			d (между группами)
	M	SD	d (до-после)	M	SD	d (до-после)	
<b>SCL-90 DEP:</b>							
на момент включения	1,56	0,64	–	1,81	1,06	–	–
на момент окончания	0,62 <sup>1</sup>	0,45	1,67	1,45 <sup>6</sup>	1,05	0,34	1,03
<b>SCL-90 ANX:</b>							
на момент включения	1,76	0,80	–	2,01	1,11	–	–
на момент окончания	0,66 <sup>1</sup>	0,46	1,64	1,37 <sup>3,7</sup>	1,11	0,56	0,84
<b>SCL-90 GSI:</b>							
на момент включения	1,21	0,41	–	1,42	0,86	–	–
на момент окончания	0,53 <sup>1</sup>	0,25	1,91	1,08 <sup>4,7</sup>	0,80	0,39	0,92
<b>STAI-S:</b>							
на момент включения	34,25	6,66	–	42,30	14,74	–	–
на момент окончания	22,00 <sup>1</sup>	7,85	1,64	29,30 <sup>2,6</sup>	11,81	0,94	0,73
<b>STAI-T:</b>							
на момент включения	52,69	8,10	–	58,90	11,19	–	–
на момент окончания	44,75 <sup>1</sup>	5,32	1,13	53,50 <sup>3,5</sup>	11,61	0,46	0,97
<b>BDI:</b>							
на момент включения	18,44	8,92	–	21,30	12,09	–	–
на момент окончания	8,44 <sup>1</sup>	4,99	1,35	11,60 <sup>3</sup>	10,02	0,84	0,40
<b>ShARS:</b>							
на момент включения	45,38	24,95	–	54,20	25,99	–	–
на момент окончания	18,38 <sup>1</sup>	10,38	1,38	27,90 <sup>3,6</sup>	19,19	1,11	0,62
<b>FFMQ-SF:</b>							
на момент включения	71,70	7,34	–	71,28	11,95	–	–
на момент окончания	80,60 <sup>1</sup>	7,76	1,17	79,40 <sup>4</sup>	8,65	0,75	0,15
<b>MAAS:</b>							
на момент включения	3,85	0,75	–	3,97	0,67	–	–
на момент окончания	4,31 <sup>1</sup>	0,65	0,64	4,40 <sup>2</sup>	0,80	0,57	0,12

Примечания: SCL-90 DEP, ANX, GSI – шкалы депрессии, тревоги, общей тяжести симптоматики симптоматического опросника SCL-90; STAI-S – шкала тревоги Спилбергера, реактивная тревога; STAI-T – шкала тревоги Спилбергера, личностная тревога; BDI – шкала депрессии Бека; ShARS – шкала тревоги Шихана; FFMQ-SF – пятифакторная шкала полноты осознания, короткая версия, общий показатель; MAAS – шкала внимательности и осознанности; <sup>1</sup> – статистически значимое отличие от показателей на момент включения,  $p < 0,0001$ ; <sup>2</sup> – статистически значимое отличие от показателей на момент окончания,  $p < 0,001$ ; <sup>3</sup> – статистически значимое отличие от показателей на момент включения,  $p < 0,005$ ; <sup>4</sup> – статистически значимое отличие от показателей на момент окончания,  $p < 0,01$ ; <sup>5</sup> – статистически значимое различие между группами,  $p < 0,001$ ; <sup>6</sup> – статистически значимое различие между группами,  $p < 0,01$ ; <sup>7</sup> – статистически значимое различие между группами,  $p < 0,05$ .

Таблица 6

## Клиническая результативность и продолжительность терапии в подгруппах МПТ, ПТ+ПФТ, ПР и ГТР

Параметр	Группа МПТ n=32		Группа ПТ+ПФТ n=20		Группа ПР n=29		Группа ГТР n=23	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Градация улучшения состояния:</b>								
ЗУС	22	68,75	7 <sup>2</sup>	35	16	55,17	13	56,52
УС	10	31,25	8	40	12	41,38	6	26,09
НУС	–	–	3	15	–	–	3	13,04
ОУС	–	–	2	10	1	3,45	1	4,35
Продолжительность лечения, часов (M, SD)	11,50	3,07	16,7 <sup>1</sup>	6,05	11,93	4,09	15,64 <sup>3</sup>	5,61

Примечания: <sup>1</sup> – статистически значимое различие между группами МПТ и ПТ+ПФТ,  $p = 0,0005$ ; <sup>2</sup> – статистически значимое различие между группами МПТ и ПТ+ПФТ,  $p = 0,02$ ; <sup>3</sup> – статистически значимое различие между группами ПР и ГТР,  $p = 0,02$ .



психометрии; эффективность МПТ достоверно превышает таковую для ПТ+ПФТ, тогда как длительность МПТ достоверно меньше. Следует также отметить что сравнение клинической эффективности КОПТ ПР и ГТР выявляет сопоставимую и достаточно высокую результативность в обеих группах.

Использование в интересах оценки клинической значимости терапевтических данных клинических системных критериев оценки эффективности психотерапии позволило: 1) конкретизировать эффективность КОПТ и раскрыть достоверные различия групп ЗУС и УС в сопоставляемых подгруппах; 2) отчетливо разграничить по клинической результативности группы МПТ и ПТ+ПФТ (при МПТ случаи ЗУС почти двукратно превышают таковые для ПТ+ПФТ); 3) выявить достоверные различия в длительности КОПТ, наименьшей для МПТ в сравнении с ПТ+ПФТ и для ПР в сравнении с ГТР.

Применение в исследовании методов оценки полноты осознания (FFMQ-SF, MAAS) оказа-

лось оправданным, поскольку: 1) впервые показано достоверное повышение данных показателей (с умеренным размером эффектов) при проведении УГТ (при КОПТ); 2) полученные результаты опровергают привязанность эффектов полноты осознания к буддистской, квазибуддистской идеологиям и практикам медитации; 3) позволяют интерпретировать результаты в рамках одного из базовых механизмов УГТ – активации психологического процесса нормального переживания посредством дистанцирования.

## Выводы

1. КОПТ клинически эффективна при терапии ПР и ГТР в сравнении с контролем листа ожидания.
2. Эффективность КОПТ в формате МПТ выше эффективности ПТ+ПФТ.
3. КОПТ результативна в формате ПТ+ПФТ, позволяет проводить успешную терапию рецидивирующих и резистентных к ПФТ пациентов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Барканова О.В. Методики диагностики эмоциональной сферы: психологический практикум // Библиотека актуальной психологии. Вып. 2. Красноярск: Литера-принт, 2009. 237 с.
2. Вейн А.М., Дюкова Г.М., Воробьева О.В., Данилов А.Б. Панические атаки (руководство для врачей). М., 2004. 408 с.
3. Купер Д.Э. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями). Пер. с англ. К.: Сфера, 2000.
4. Психиатрия: национальное руководство / Под ред. Т.Б.Дмитриевой, В.Н.Краснова, Н.Г.Незванова и соавт. М., 2009. 992 с.
5. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 272 с.
6. Тукаев Р.Д. Гипноз; феномен и клиническое применение. М., 2006. 448 с.
7. Тукаев Р.Д. Психотерапия; теории, структуры и механизмы. М., 2007. 392 с.
8. Тукаев Р.Д., Зуева О.П., Кузнецов А.Н. и соавт. Комплексная когнитивно-ориентированная психотерапия тревожных расстройств с приступами паники: Методические рекомендации. М., 2013. 24 с.
9. Тукаев Р.Д., Зуева О.П., Кузнецов А.Н. и соавт. Комплексная когнитивно-ориентированная психотерапия тревожных расстройств с приступами паники. Методика и результаты применения. Сообщение 1 // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 4. С. 87–93.
10. Тукаев Р.Д., Зуева О.П., Кузнецов А.Н. и соавт. Комплексная когнитивно-ориентированная психотерапия тревожных расстройств с приступами паники. Методика и результаты применения. Сообщение 2 // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т. 21, № 2. С. 60–65.
11. 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.
12. 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.
13. Ханин Ю.П. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д.Спилбергера. Ленинград: ЛНИИФК, 1976. 18 с.
14. Baer R.A., Smith G.T., Hopkins J. et al. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness // Assessment. 2006. Vol. 13, N 1. P. 27–45.
15. Barlow D.H., Gorman J.M., Shear M.K., Woods S.W. Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial // JAMA. 2000. Vol. 283. P. 2529–2536.
16. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M. et al. An inventory for measuring depression // Arch. Gen. Psychiatry. 1961. N 4. P. 561–571.
17. Black D.W. Efficacy of combined pharmacotherapy and psychotherapy versus monotherapy in the treatment of anxiety disorders // CNS Spectr. 2006. Vol. 11, Suppl. 12. P. 29–33.
18. Bohlmeijer E., ten Klooster P.M., Fledderus M. et al. Psychometric properties of the five facet mindfulness questionnaire in depressed adults and development of a short form // Assessment. 2011. Sep. Vol. 18, N 3. P. 308–320.
19. Brown K.W., Ryan R.M. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being // J. Pers. Soc. Psychol. 2003. Vol. 84, N 4. P. 822–848.
20. Bruce S.E., Yonkers K.A., Otto M.W. et al. Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study // Am. J. Psychiatry. 2005. Vol. 162, N 6. P. 1179–1187.
21. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences (2-nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1988.
22. Cottraux J., Note I.D., Cungi C. et al. A controlled study of cognitive behaviour therapy with buspirone or placebo in panic disorder with agoraphobia // Br. J. Psychiatry. 1995. Vol. 167. P. 635–641.
23. Cumming G. Understanding the new statistics. New York: Routledge, 2012. P. 519.
24. Donovan M.R. et al. Comparative efficacy of antidepressants in preventing relapse in anxiety disorders – a meta-analysis // J. Affect. Dis. 2010. Vol. 123, N 1. P. 9–16.
25. Folds-Busque G., Marchand A., Landry P. Early detection and treatment of panic disorder with or without agoraphobia: update // Can. Fam. Physician. 2007. Vol. 53, N 10. P. 1686–1693.
26. Grant B.F., Hasin D.S., Stinson A. et al. 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 // Psychol. Med. 2005. Vol. 35. P. 1747–1759.
27. Grant B.F., Hasin D.S., Stinson F.S. et al. The epidemiology of DSM-IV panic disorder and agoraphobia in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions // J. Clin. Psychiatry. 2006. Vol. 67, N 3. P. 363–364.
28. Kessler R.C., Chiu W.T., Demler O. et al. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication // Arch. Gen. Psychiatry. 2005. Vol. 62. P. 617–627.
29. Kessler R.C., Chiu W.T., Jin R. et al. The epidemiology of panic attacks, panic disorders, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication // Arch. Gen. Psychiatry. 2006. Vol. 63. P. 415–424.
30. Marks I.M., Swinson R.P., Basoglu M. et al. Alprazolam and exposure alone and combined in panic disorder with agoraphobia. A controlled study in London and Toronto // Br. J. Psychiatry. 1993. Vol. 162. P. 776–787.
31. Mitte K. A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia // J. Affect. Disord. 2005. Vol. 88, N 1. P. 27–45.

32. Pasquini M., Berardelli I. Anxiety levels and related pharmacological drug treatment: A memorandum for the Third Millennium // Ann. Ist. Super. Sanita. 2009. Vol. 45, N 2. P. 193–204.
33. Roshanaei-Moghaddam B., Pauly M.C., Atkins D.C. et al. Relative effects of CBT and pharmacotherapy in depression versus anxiety: is medication somewhat better for depression, and CBT somewhat better for anxiety? // *Depress. Anxiety*. 2011. Vol. 28, N 7. P. 560–567.
34. Sheehan D.V. The anxiety disease. New York: Scribners, 1983.
35. Singh J.S., Hope D.A. Cognitive-behavioral approaches to the treatment of social anxiety disorder // *Isr. J. Psychiatry Relat. Sci.* 2009. Vol. 46, N 1. P. 62–69.
36. Watanabe N., Churchill R., Furukawa T.A. Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia // *Cochr. Database Syst. Rev.* 2007. Vol. 24, N 1.

## КОГНИТИВНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВАХ: ОЦЕНКА В КОНТРОЛИРУЕМОМ ИССЛЕДОВАНИИ

**Р.Д. Тукаев, В.Е. Кузнецов**

Проведено рандомизированное исследование клинической эффективности когнитивно-ориентированной психотерапии при тревожных расстройствах (n=52): при паническом расстройстве (n=29) и генерализованном тревожном расстройстве (n=23). В основной группе произошло достоверное снижение показателей клинических шкал, оценивающих тревогу и депрессию, для 6 шкал с большим (d Коэна от 0,87 до 1,28), для одной – с умеренным (d Коэна=0,73) эффектами, тогда как показатели полноты осознания достоверно возросли с высоким (FFMQ-SF=0,98) и умеренным (MAAS=0,71) размерами эффекта. Достоверных изменений аналогичных показателей в группе контроля листа ожидания (n=25) не произошло. Эффективность когнитивно-ориентированной психотерапии (по данным психометрии и клиниче-

ской оценки) в подгруппе монопсихотерапии достоверно выше таковой для подгруппы психотерапии с прекращением психофармакотерапии, при достоверно меньшей длительности. Когнитивно-ориентированная психотерапия результативна в подгруппе психотерапии с прекращением психофармакотерапии, позволяет проводить успешную терапию рецидивирующих и резистентных к психофармакотерапии состояний.

**Ключевые слова:** рандомизированное клиническое исследование, контроль листа ожидания, паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, когнитивно-ориентированная психотерапия, эффективность психотерапии, психометрические показатели, размер эффекта.

## COGNITIVELY ORIENTED THERAPY IN ANXIETY DISORDERS: EVALUATION IN A CONTROLLED TRIAL

**R.D. Tukaev, V.E. Kuznetsov**

The authors report the results of a randomised investigation of clinical efficacy of cognitively oriented therapy in anxiety disorders (N=52): specifically, in panic disorder (N=29) and generalized anxiety disorder (N=23). The experimental group showed a significant score reduction on clinical anxiety and depression assessment scales; 6 scales showed strong (Cohen's d from 0.87 to 1.28) and moderate (Cohen's d = 0.73) effects, while the parameter of mindfulness significantly increased with strong (FFMQ-SF = 0.98) or moderate (MAAS = 0.71) effects. The patients on waiting list (N=25) did not show similar changes. The efficacy of cognitively oriented therapy (based on psychometry and clinical evaluation)

in the monopsychotherapy subgroup was significantly higher than that in psychotherapy subgroup after stopping pharmacotherapy, and with its shorter duration. Cognitively oriented therapy also worked in the psychotherapy subgroup after stopping pharmacotherapy, and it provides a good chance of successful treatment for patients with relapses and those resistant to psychopharmacotherapy.

**Key words:** randomised clinical investigation, waiting list controls, panic disorders, generalized anxiety disorder, cognitively oriented therapy, efficacy of psychotherapy, psychometric data, the size of effect.

---

**Тукаев Рашит Джаудатович** – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиал ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России, профессор кафедры психотерапии и сексологии Российской медицинской академии последипломного образования; e-mail: tukaevrd@gmail.com

**Кузнецов Владислав Евгеньевич** – аспирант Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиал ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России; e-mail: kuznetsov.v.e@gmail.com