

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ РЕЙТИНГОВОЙ ШКАЛЫ СИСТЕМНОЙ КАЧЕСТВЕННО-КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ ПРОЦЕССА И ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ

Р.Д. Тукаев^{1, 2}, В.Е. Кузнецов¹, К.А. Срывкова¹, А.В. Дебрянская¹

¹Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России,

²Российская медицинская академия последипломного образования

Оценка процесса и эффективности клинической психотерапии, несомненно, является «трудной проблемой», которая вряд ли найдет свое «конечное» решение в обозримом будущем [12, 14, 18, 27, 29, 24]. Однако, невозможность однозначного решения не может остановить поиск приемлемых инструментов этапной и итоговой оценки результатов клинической психотерапии. И, поскольку развитие оценки результатов терапии в современной медицине определяется доказательным подходом, клинически оправданной альтернативы его адаптации к области психотерапии в настоящее время не существует.

За десятилетие, со времени нашего обращения к проблемам и ограничениям доказательного подхода [13, 14], дизайн клинического исследования эффективности психотерапии заметно улучшился. Во-первых, вопрос о «двойном ослеплении» в психотерапии снят с повестки. Во-вторых, получил широкое распространение контроль листа ожидания [12, 20, 28, 31], в том числе, с перекрестной оценкой [25, 26, 33, 36], позволяющий при сохранении доказательного формата проводимого рандомизированного исследования, соблюдать этические нормы, повысить внешнюю валидность исследования [32]. В-третьих, помимо сравнения усредненных групповых психометрических данных, в оценке результатов психотерапии начинают применяться существенно более близкие к доказательным качественным оценкам – клиническим исходам, оценки на основе шкалы улучшений [3, 4, 8, 19], 50% редукции баллов оценочной шкалы [22], оценка на основе критериев N.S.Jacobson [30, 35].

Тем не менее, ряд вопросов клинко-классификационной, диагностической природы трактуется неоднозначно. Так, в российской клинической психотерапии предприняты усилия к внедрению натуралистического подхода к оценке результатов психотерапии [17, 18]. Перманентно продолжающиеся исследования развивают, дополняют,

уточняют, даже опровергают исходные клинко-классификационные представления о проявлениях психических расстройств, в конечном итоге приводя к созданию новых классификаций [10, 20, 21]. Однако логика сравнения терапий требует тождества сопоставляемых клинических групп, достижимого только при использовании идентичного клинко-критериального, классификационного аппарата. Клиническая группа для сравнений может быть выделена лишь при буквальном следовании критериям актуальной классификации, возможно ограниченной и неполной. Разумеется, описание расстройства может быть дополнено важными с позиции исследователя признаками, выходящими за пределы конкретной классификации; но даже частичное исключение классификационных критериев сделает терапевтическое доказательное сравнение неправомерным.

Описание клинической рейтинговой шкалы системной качественно-количественной оценки процесса и эффективности психотерапии

Общие положения. Системная качественно-количественная шкала оценки эффективности психотерапии расстройств невротического регистра разработана более 20 лет назад для оценки эффективности психотерапии расстройств невротического регистра и ранее была неоднократно описана [14, 15, 34]. Помимо исследований авторов данная шкала была применена в ряде отечественных исследований, в том числе диссертационных, для оценки эффективности психотерапии невротических [3, 4, 8, 19] и соматических [2, 6] расстройств.

Данная шкала использует традиционную клинко-скую шкалу улучшений, но обладает характеристиками системности и достаточной клинической релевантности и адаптивности в силу того, что: 1) базируется на буквальном использовании диагностических критериев расстройства актуальной диагности-

ческой классификации (сейчас – МКБ-10, но могут быть использованы и критерии DSM-5, а, после 2017 года и будущей МКБ-11); 2) выделяет качественный результат психотерапии – полное восстановление, выздоровление, разграничивая его с количественным регрессом симптоматики; 3) включает не только оценку психотерапевта, и/или внешнего клинического эксперта, но и оценку этапных и итоговых результатов психотерапии пациентом в предлагаемых градациях шкалы; 4) учитывает (в градациях шкалы) зависимую от итогового результата психотерапии типологию динамики психотерапевтической коммуникации, включающей факторы (а) устойчивости психотерапевтического контакта и (б) степени зависимости – независимости пациента от психотерапевта. Принципиальной особенностью клинической рейтинговой шкалы системной качественно-количественной оценки процесса и эффективности психотерапии является то, что она опирается на опыт отечественной психотерапии расстройств невротического регистра, согласно которому результатом психотерапии в значительной части случаев становится полное восстановление, выздоровление [1, 7, 9, 10], что подтверждено и в ряде собственных исследований авторов [11, 15, 16]. Поэтому первоначальная выраженность клинически диагностированного расстройства и полное восстановление состояния пациента в результате психотерапии определены как качественно различающиеся показатели. Редукция же исходной симптоматики, пусть и значительная, характеризует исключительно процесс количественного снижения интенсивности клинической картины расстройства. Процесс успешной психотерапии в невротическом регистре изначально ведет к регрессу представленной клинической симптоматики, который, лишь в части случаев, завершается ее полным купированием, прекращением. В последнем случае клиническое исследование уже не позволяет подтвердить ранее верифицированный диагноз.

Практический диапазон критериальных оценок результативности психотерапии описан нами в формате линейной последовательной шкалы – от наилучшего – к наилучшему результату. Он включает следующие исходы: 1) ухудшение состояния (УХС) – ухудшение функционирования организма и психики индивида после проведенной терапии с последующей стабилизацией ухудшения; 2) отсутствие улучшения состояния (ОУЛС) – отсутствие эффекта терапии; 3) незначительное улучшение состояния (НУЛС) – неполное, либо нестабильное, временное компенсаторное улучшение функционирования организма и психики индивида с последующим регрессивным ухудшением состояния; 4) улучшение состояния (УЛС) – стабильное неполное компенсаторное улучшение функционирования и психики индивида; 5) значительное улучшение состояния (ЗУЛС) – восстановление исходного функционирования организма и психики индивида. Очевидно,

что исходы 1–4 различаются лишь количественно, по нарастанию, либо регрессу наличествующей клинической симптоматики. Качественные разграничиваются, противопоставляя значительное улучшение состояния (ЗУС) и весь остальной ряд последовательных критериальных оценок от УХС к ОУЛС, НУЛС, УЛС. И, если для оценки усиления (редко), либо редукции (в большинстве случаев) клинической симптоматики критериев МКБ-10 принципиально достаточно, то для разделения ЗУЛС и УЛС необходимо привлечение критериев личностного реагирования пациента, проявляющихся в психотерапевтической коммуникации. На основе предшествующих исследований нами как критериальные выделены следующие факторы психотерапевтической коммуникации [11, 13, 14]: степень осознаваемого контроля текущего состояния; степень активности пациента в преодолении болезненного расстройства; степень независимости пациента от психотерапевта.

Только ЗУЛС при психотерапии тревожных расстройств, на фоне полного регресса клиники расстройства, характеризуется ростом степени осознаваемого контроля текущего состояния, степени активности пациента в преодолении болезненного расстройства, степень независимости пациента от психотерапевта, при сохранении устойчивого психотерапевтического контакта.

При УЛС, при значительном, редко полном регрессе клинических проявлений, не происходит возрастания степени осознаваемого контроля текущего состояния, степени активности пациента в преодолении болезненного расстройства. Степень же независимости пациента от психотерапевта, напротив, характеризуется снижением в разной степени, поскольку пациент считает, что обязан получаемым эффектом терапии психотерапевту. Психотерапевтический контакт остается устойчивым.

Исход НУЛС, помимо незначительного регресса клинических проявлений отсутствия возрастания степени осознаваемого контроля текущего состояния, степени активности пациента в преодолении болезненного расстройства, степени независимости пациента от психотерапевта, сопровождается чаще всего ухудшением психотерапевтического контакта.

Такие исходы как ОУС и УХС, помимо отсутствия позитивной клинической динамики, либо ее отягощения, характеризуются преимущественным и ожидаемым ухудшением психотерапевтического контакта.

Выделенные нами факторы типологии динамики психотерапевтической коммуникации различным образом работают во всем диапазоне терапевтического оценивания, однако становятся первостепенными при разграничении качественно альтернативных ЗУС и остальной линейки терапевтических эффектов (УЛС, НУЛС, ОУЛС, УХС). Поэтому они использованы в оценке только для различения ЗУЛС и УЛС.

Оценка степени улучшения состояния пациентом проводится в применяемом критериальном

диапазоне, ему сообщается список критериальных исходов и предлагается в рамках последнего оценить собственный результат психотерапии. Резюмирующая оценка эффективности психотерапии не может превысить оценку самого пациента.

Таким образом, качественно-количественная шкала реализуется как системный инструмент, где используется оценка терапевта, пациента, возможна дополнительная оценка внешнего специалиста-эксперта, оценка с помощью инструментальных методов, введение дополнительных критериев оценки, как качественных, так и количественных.

Описание бланка-протокола системной качественно-количественной оценки процесса и эффективности психотерапии для панического расстройства и генерализованного тревожного расстройства на основе МКБ-10

Ниже приведены бланки-протоколы клинической рейтинговой шкалы системной качественно-количественной оценки процесса и эффективности психотерапии для панического расстройства (Бланк 1) и генерализованного тревожного расстройства (Бланк 2).

Разделы бланка протокола

Бланк-протокол клинической рейтинговой шкалы системной качественно-количественной оценки процесса и эффективности психотерапии для панического расстройства и генерализованного тревожного расстройства включает 4 раздела: 1) персонально-информационных данных; 2) критериально-диагностических данных; 3) дополнительных критериальных данных исследователя; 4) критериальной оценки текущей/итоговой эффективности психотерапии.

Раздел 1 – персонально-информационных данных включает: ФИО; номер медицинского документа (истории болезни, амбулаторной карты); пол; образование (среднее, высшее); возраст; номер исследования; номер сессии психотерапии.

Раздел 2 (А, Б) – критериально-диагностических данных включает актуальные диагностические критерии МКБ-10 и основан на их диагностическом алгоритме, что позволяет по заполнении данного раздела бланка констатировать наличие или отсутствие клинического диагноза соответствующего расстройства.

Раздел 3 (В) – дополнительных критериальных данных исследователя предлагает исследователю включать выделенные в интересах исследования признаки и симптомы. В нашем случае он не заполнен.

Раздел 4 (Г) – критериальной оценки текущей/итоговой эффективности психотерапии включает следующие показатели: степень осознаваемого контроля текущего состояния; степень активности пациента в преодолении болезненного расстройства; степень независимости пациента от психотерапевта; оценку степени улучшения состояния пациентом.

Показатели данного раздела фиксируются во всех случаях, но применяются практически для разграничения ЗУЛС и УЛС, для которых различия носят качественный характер.

Оценка степени улучшения состояния пациентом включает: 1) краткое разъяснение пациенту применяемых критериев эффективности (УХС, ОУЛС, НУЛС, УЛС ЗУЛС); оценку пациентом в критериальных рамках полученного им психотерапевтического результата.

Как отмечено выше, для итогового разграничения УХС, ОУЛС, НУЛС, УЛС, достаточно оценки данных динамики показателей клинического раздела 2. Оценка степени улучшения состояния пациентом для случаев УХС, ОУЛС, НУЛС практически всегда совпадает с резюмирующей оценкой исследователя, эксперта и обретает критическое значение лишь при разграничении УЛС и ЗУЛС. В последнем случае итоговая критериальная резюмирующая оценка эффективности психотерапии не может превысить оценку степени улучшения состояния пациентом.

Рейтинговая оценка показателей

Показатели 2–4 разделов подлежат сквозной рейтинговой оценке психотерапевтом, экспертом, по каждому признаку/симптому списков А, Б, В, и показателям списка Г устанавливается оценка в баллах по следующему критерию: 0) отсутствие, 1) выражен в слабой степени, 2) выражен в умеренной степени, 3) выражен в значительной степени, 4) выражен в максимальной степени.

При первом опросе (диагностическом) оценивается выраженность признаков/симптомов за последний месяц и в течение последней недели. При повторных опросах (для оценки динамики) оценивается выраженность симптомов за последнюю неделю.

Установление клинического диагноза ГТР и ПР

Диагноз ГТР или ПР устанавливается при наличии критерия пункта А и 4 симптомов списка Б, причем один обязательно из пунктов 1–4, выраженных в умеренной (2 балла), значительной (тяжелой) (3 балла) и максимальной (очень тяжелой) (4 балла) степени. При первом опросе (диагностическом) оценивается выраженность симптомов за последний месяц и в течение последней недели. При последующих опросах (для оценки динамики) оценивается выраженность симптомов за последнюю неделю.

Определение степени улучшения состояния в динамике психотерапии по критериям клинической рейтинговой шкалы системной качественно-количественной оценки процесса и эффективности психотерапии

Ухудшение состояния (УХС) диагностируется, если сумма баллов для симптомов списков Б (В – при наличии) увеличилась более, чем на 3 пункта. Показатели раздела 4 не учитываются для данной градации.

Отсутствие улучшения состояния (ОУС) диагностируется, если сумма баллов для симптомов списков Б (В – при наличии) не изменилась или изменилась в пределах 3 пунктов и симптоматика пациента соответствует критериям расстройства по МКБ-10. Показатели раздела 4 (Г) не учитываются для данной градации.

Незначительное улучшение состояния (НУЛС) диагностируется, если сумма баллов для симптомов списков Б (В – при наличии) уменьшилась более, чем на 3 пункта и симптоматика пациента соответствует критериям расстройства по МКБ-10. Показатели раздела 4 (Г) не учитываются для данной градации.

Улучшение состояния (УЛС) диагностируется, если симптоматика пациента не соответствует критериям расстройства по МКБ-10, но суммарный балл по показателям списка Г не превышает 14, при этом пациент оценивает эффект психотерапии в 4 или 5 баллов.

Значительное улучшение состояния (ЗУЛС) диагностируется, если состояние пациента не соответствует критериям расстройства по МКБ-10 и симптоматика отсутствует (допустимая сумма баллов для списков Б и В равняется 5, оценка для отдельных симптомов не должна превышать 1, суммарный балл по показателям списка Г должен быть равен или превышать 15, при этом пациент оценивает эффект психотерапии в 5 баллов.

Результаты применения клинической рейтинговой шкалы системной качественно-количественной оценки эффективности психотерапии тревожных расстройств

Ранее нами были опубликованы данные контролируемого исследования эффективности когнитивно-ориентированной психотерапии при генерализованном тревожном расстройстве и паническом расстройстве [16]. В нем разработанная клиническая рейтинговая шкала была использована для оценки результативности психотерапии генерализованного тревожного расстройства (ГТР) и панического расстройства (ПР) с выделением в интересах исследования следующих подгрупп: 1) монопсихотерапии в смешанной

подгруппе ГТР и ПР (МПТ); 2) психотерапии с прекращением психофармакотерапии в смешанной подгруппе ГТР и ПР (ПТ+ПФТ); 3) ГТР; 4) ПР. Результаты клинической оценки результативности и продолжительности терапии в подгруппах даны в таблице.

По результатам исследования были 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).

Использование в интересах оценки клинической значимости терапевтических данных клинических системных критериев оценки эффективности психотерапии позволило нам: 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.

Заключение

Результаты применения клинической рейтинговой шкалы системной качественно-количественной оценки эффективности в очередной раз убедительно указывают на значимость учета конечных исходов (в формате шкалы улучшений) при психотерапии тревожных расстройств. В данной категории расстройств результаты психотерапии при ЗУС и УС качественно различны; учет данного обстоятельства имеет далеко идущие методические и фундаментальные последствия.

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

Клиническая рейтинговая оценка эффективности психотерапии	Группа МПТ n=32		Группа ПТ+ПФТ n=20		Группа ПР n=29		Группа ГТР n=23	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Градация улучшения состояния								
ЗУС	22	68,75	7 ²	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 ¹	6,05	11,93	4,09	15,64 ³	5,61

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

На методическом уровне при оценке эффективности психотерапии тревожных (а возможно и ряда аффективных) расстройств, важно дополнять общепринятую, компромиссную оценку по параметрическому усреднению психометрических и рейтинговых данных доказательной оценкой на основе конечных исходов. Усредненная оценка качественно различающихся исходов принципиально искажена, но... широчайше распространена, а потому позволяет соотносить получаемые результаты с результатами иных терапевтических методов и иных диагностических категорий расстройств. Однако, в области собственно психотерапии тревожных расстройств, применение клинической рейтинговой шкалы системной качественно-количественной оценки эффективности (и ее аналогов) является наиболее верным методически, позволяет повысить точность оценки результата психотерапии, что и было нами проиллюстрировано выше.

Выделение группы ЗУС, характеризующейся полным и устойчивым исчерпанием клиники тревожного расстройства обладает неоспоримой фундаментальной значимостью. Исследование актуализированных

психотерапией механизмов естественного восстановления мозга, психики при тревожных расстройствах не менее важно, чем изучение соответствующих механизмов действия различных психофармакологических агентов (пересекающихся с естественными мозговыми механизмами санации) при тревожных и иных психических расстройствах. Будем надеяться, что доказательная оценка с опорой на конечные исходы позволит приблизиться к пониманию и исследованию данной задачи.

Разработанная и апробированная в различных исследованиях клиническая рейтинговая шкала системной качественно-количественной оценки эффективности психотерапии тревожных расстройств проста в применении, диагностически транспарентна, методически и клинически выверена, соответствует основному тренду развития доказательного подхода в психотерапии, практична. Ее использование позволяет: 1) провести клинически релевантную оценку эффективности психотерапии; 2) при повторном применении в ходе психотерапии провести клинко-диагностически точное описание клинической динамики в ходе психотерапии.

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 // Обозрение 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. проф. Н.М. Жулева. СПб., 2009. 254 с.
5. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. ВОЗ, Женева, 1996. 208 с.
6. Набиуллина Р.Р. Результаты психотерапии больных артериальной гипертензией с различной генетической детерминированностью // Обзор. психиат. и мед. психол. 2006. Т. 15, № 2.
7. Платонов К.И. Слово как физиологический и лечебный фактор. М., 1962. 532 с.
8. Погодина М.Г. Проспективная образно-гипнотическая терапия невротических расстройств на стационарном этапе: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2009.
9. Свядощ А.М. Неврозы. М., 1982. 236 с.
10. Слободяник А.П. Психотерапия, внушение, гипноз. Киев, 1982. 376 с.
11. Тукаев Р. Гипноз: Механизмы и методы клинической гипнотерапии. М.: Мед. информ. агентство, 2006.
12. 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.
13. Тукаев Р.Д. Оценка эффективности психотерапии с позиции медицины, основанной на доказательствах // Социальная и клиническая психиатрия. 2004. Т. 14, № 1. С. 87–96.
14. Тукаев Р.Д. Проблематика оценки эффективности психотерапии психогений // Социальная и клиническая психиатрия. 2004. Т. 14, № 4. С. 107–108.
15. Тукаев Р.Д. Психотерапия: теории, структуры и механизмы. М., 2007. 392 с.
16. 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. 55–64.
17. Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. М.: ИД «Медпрактика-М», 2011.
18. 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.
19. Цай П.А. Отражение неосознаваемой установочной мотивации у родителей больных детей с неврозом на эффективность суггестивной психотерапии // Экспериментальна і клінічна медицина. 2008. № 2. С. 134–137.
20. American Psychiatric Association et al. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision (DSM-IV-TR). American Psychiatric Assoc., 2000.
21. American Psychiatric Association et al. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub., 2013.
22. Baldwin D. et al. Efficacy of drug treatments for generalised anxiety disorder: systematic review and meta-analysis // BMJ. 2011. Vol. 342.
23. 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.
24. Caspar F. Perspectives on psychotherapy integration // Balanced Psychother. Res. IFP Newsletter. 2010. Vol. 1. P. 11–17.
25. Cropsey K., Eldridge G., Weaver M., Villalobos G., Stitzer M., Best A. Smoking cessation intervention for female prisoners: addressing an urgent public health need // Am. J. Public Health. 2008. Vol. 98, N 10. P. 1894–1901.
26. Elliott S.A., Brown J.S.L. What are we doing to waiting list controls? // Behav. Res. Therapy. 2002. Vol. 40, N 9. P. 1047–1052.
27. Ghaemi S.N. The case for, and against, evidence-based psychiatry // Acta Psychiatr. Scand. 2009. Vol. 119, N 4. P. 249–251.
28. 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.
29. Herbert J.D. The science and practice of empirically supported treatments // Behav. Modification. 2003. Vol. 27, N 3. P. 412–430.
30. 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.
31. 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.
32. Samad Z., Brealey S., Gilbody S. The effectiveness of behavioural therapy for the treatment of depression in older adults: a meta-analysis // Int. J. Geriatr. Psychiatry. 2011. Vol. 26, N 12. P. 1211–1220.
33. Shadish W.R., Cook T.D., Campbell D.T. Experimental and Quasi-

- Experimental Designs for Generalized Causal Inference. New York: Houghton Mifflin Company, 2002.
34. Thompson N.J., Walker E.R., Obolensky N., Winning A., Barmon C., Diiorio C., Compton M.T. Distance delivery of mindfulness-based cognitive therapy for depression: project UPLIFT // *Epilepsy Behav.* 2010. Vol. 19, N 3. P. 247–254.
35. Tukaev R.D. Research on the effectiveness of the universal hypnotherapy model // 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. 499–520.
36. Völlestad J., Sivertsen B., Nielsen G.H. Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: Evaluation in a randomized controlled trial // *Behav. Res. Therapy.* 2011. Vol. 49, N 4. P. 281–288.
37. Walters K.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.

Бланк 1

Бланк-протокол клинической рейтинговой шкалы системной качественно-количественной оценки процесса и эффективности психотерапии для генерализованного тревожного расстройства

Персонально-информационные данные										
ФИО										
№ мед. док.	Пол	М	Ж	Образование	Ср.	Выш.	Возраст			
Дата	ФИО и подпись исследователя									
№ исследования	1	2	3	4	5	6				
№ сессии										
Критериально-диагностические данные										
A	Шесть месяцев и более с выраженной напряженностью, беспокойством и чувством предстоящих неприятностей в повседневных событиях и проблемах					ДА	НЕТ			
B1	усиленное или учащенное сердцебиение					Оценка				
B2	потливость					0	1	2	3	4
B3	тремор или дрожь					0	1	2	3	4
B4	сухость во рту					0	1	2	3	4
Количество оценок «2» и больших для пунктов 1-4										
B5	загруднения в дыхании					0	1	2	3	4
B6	чувство удушья					0	1	2	3	4
B7	боль или дискомфорт в груди					0	1	2	3	4
B8	тошнота или абдоминальный дистресс (например, жжение в желудке)					0	1	2	3	4
B9	чувство головокружения, неустойчивости или обморочности					0	1	2	3	4
B10	чувства, что предметы нереальны (дереализация) или что собственное Я отделилось или «по настоящему находится не здесь»					0	1	2	3	4
B11	страх потери контроля, сумасшествия или наступающей смерти					0	1	2	3	4
B12	страх умереть					0	1	2	3	4
B13	приливы или ознобы					0	1	2	3	4
B14	онемение или ощущение покалывания					0	1	2	3	4
B15	мышечное напряжение или боли					0	1	2	3	4
B16	беспокойство и неспособность к релаксации					0	1	2	3	4
B17	чувство нервозности, «на взводе» или психического напряжения					0	1	2	3	4
B18	ощущение комка в горле или затруднения при глотании					0	1	2	3	4
B19	усиленное реагирование на небольшие сюрпризы или на испуг					0	1	2	3	4
B20	затруднения в сосредоточении внимания или «пустота в голове» из-за тревоги или беспокойства					0	1	2	3	4
B21	постоянная раздражительность					0	1	2	3	4
B22	затруднение при засыпании из-за беспокойства					0	1	2	3	4
Количество оценок «2» и больших для списка «Б»										
Диагноз ГТР						ДА	НЕТ			
Дополнительные критериальные данные (признаки или симптомы)										
B1-Bn						0	1	2	3	4
Критериальная оценка текущей/итоговой эффективности психотерапии										
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
Текущая/итоговая эффективность психотерапии (1-УХС, 2-ОУС, 3-НУЛС, 4-УЛС, 5-ЗУЛС)						1	2	3	4	5

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

Персонально-и нформационные данные										
ФИО										
№ мед. док.		Пол	М	Ж	Образование	Ср.	Высш.	Возраст		
Дата	ФИО и подпись исследователя									
№ 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			
						Оценка				
Б1	сердцебиение, повышение ЧСС					0	1	2	3	4
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
Количество оценок «2» и больших для пунктов 1-4										
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
Количество оценок «2» и больших для списка «Б»										
Диагноз ПР					ДА	НЕТ				
Дополнительные критериальные данные (признаки или симптомы)										
В1-Вn						0	1	2	3	4
Критериальная оценка текущей/итоговой эффективности психотерапии										
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
Текущая/итоговая эффективность психотерапии (1-УХС, 2-ОУС, 3-НУЛС, 4-УЛС, 5-ЗУЛС)					1	2	3	4	5	

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ РЕЙТИНГОВОЙ ШКАЛЫ СИСТЕМНОЙ КАЧЕСТВЕННО-КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ ПРОЦЕССА И ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ

Р.Д. Тукаев, В.Е. Кузнецов, К.А. Срывкова, А.В. Дебрянская

Описана клиническая рейтинговая шкала системной качественно-количественной оценки процесса и эффективности психотерапии для генерализованного тревожного расстройства и панического расстройства на основе МКБ-10. Рассмотрены клинические основания к при-

менению разработанной шкалы, раскрыты возможности практического и научно-методического использования в клинической психотерапии.

Ключевые слова: клиническая рейтинговая шкала, процесс психотерапии, системная оценка, эффективность психотерапии.

DESCRIPTION OF CLINICAL RATING SCALE FOR SYSTEMIC QUALITATIVE AND QUANTITATIVE ASSESSMENT OF THE PROCESS AND EFFICACY OF PSYCHOTHERAPY IN ANXIETY DISORDERS

R.D. Tukaev, V.E. Kuznetsov, K.A. Sryvkova, A.V. Debryanskaya

The article presents a clinical rating scale for systemic qualitative and quantitative assessment of the process and efficacy of psychotherapy in generalized anxiety and panic disorders (ICD-10). The authors describe the clinical grounds for using this scale and discuss its perspectives in

psychotherapeutic practice and also for research purposes.

Key words: clinical rating scale, the process of psychotherapy, systemic assessment, efficacy of psychotherapy.

Тукаев Рашит Джаудатович – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» 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 – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: kuznetsov.v.e@gmail.com

Срывкова Ксения Александровна – младший научный сотрудник Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: ksufiko@gmail.com

Дебрянская Анна Владимировна – аспирант Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: debrianskaya@gmail.com