



Тукаев Р.Д.¹, Срывкова К.А.² ✉

¹ Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия

² Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского», Москва, Россия

Прогностические маркеры исхода позитивно-диалоговой психотерапии у пациентов с генерализованным тревожным расстройством и смешанным тревожным и депрессивным расстройством

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: Тукаев Р.Д. – значимый вклад в замысел, дизайн исследования и анализ результатов, критический просмотр статьи в контексте основного интеллектуального содержания; Срывкова К.А. – сбор, анализ и интерпретация данных, подготовка статьи. Авторы прочитали и одобрили финальную версию для публикации.

Финансирование: исследование проведено без спонсорской поддержки.

Подана: 20.11.2023

Принята: 09.01.2024

Контакты: ksufiko@gmail.com

Резюме

Цель. Поиск психометрических прогностических маркеров исхода позитивно-диалоговой психотерапии (ПДП) при невротических тревожных и тревожно-депрессивных расстройствах (n=53).

Методы и методы. С использованием шкалы клинической системной оценки (ШКСО) эффективности психотерапии пациенты после завершения терапии были разделены на группы значительного улучшения состояния (полной ремиссии) (n=24) и улучшения состояния (частичного ответа на терапию) (n=20). С помощью критерия Манна – Уитни были измерены различия по опроснику SCL-90, шкале депрессии Бека, опроснику Спилбергера – Ханина, многофакторному личностному опроснику NEO, пятифакторному опроснику полноты осознания (FFMQ-SF), шкале внимательности и осознанности (MAAS), опроснику СМИЛ, опроснику управления ресурсами для выздоровления (RRI) между данными группами на момент начала терапии. Психометрические шкалы, по которым достоверно различались группы на момент начала терапии, были включены в дискриминантный анализ для выявления предикторов исхода ПДП.

Результаты. Получены 4 предикторные модели, включающие показатели, наиболее точно разграничивающие группы улучшения и значительного улучшения состояния: 1) шкалы «непродуктивное противостояние стрессу», «негативные ценности», «отсутствие целостности» опросника RRI (точность модели 84,1%); 2) шкалы «непродуктивное противостояние стрессу», «преувеличение ущерба», «негативные когниции» (точность модели 81,8%); 3) «фокус на прошлом» опросника RRI, длительность заболевания (точность модели 86,4%); 4) «позитивные ожидания» опросника RRI, «неприятие» опросника RRI, длительность заболевания (точность модели 84,1%).

Заключение. Разные предикторные модели делают акцент на разных сторонах целостности, адаптивности, позитивности/негативности личности. В 2 высокосignификантных моделях отражена длительность заболевания и обращенность «Я» к прошлому опыту. При этом, согласно всем полученным моделям, изначально более целостные, личностно зрелые, более адекватно противодействующие стрессу пациенты лучше отвечали на ПДП.

Ключевые слова: позитивно-диалоговая психотерапия, предикторы эффективности психотерапии, генерализованное тревожное расстройство, смешанное тревожное и депрессивное расстройство, качественно-количественная шкала оценки эффективности психотерапии

Tukaev R.¹, Sryvkova K.² ✉

¹ Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow, Russia

² Moscow Research Institute of Psychiatry – branch of V. Serbsky National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

Positive-Dialogue Psychotherapy Outcome Predictors in Patients with General Anxiety Disorder and Mixed Anxiety and Depressive Disorder

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: Tukaev R. – significant contribution to the conception, design of the study and analysis of the results, critical revision of the article in the context of the main intellectual content; Sryvkova K. – data collection, data analysis and interpretation, preparation of the article. Authors have read and approved the final version for publication.

Funding: the study was conducted without sponsorship.

Submitted: 20.11.2023

Accepted: 09.01.2024

Contacts: ksufiko@gmail.com

Abstract

Purpose. To identify psychometric predictors of positive-dialogue psychotherapy (PDP) outcomes in neurotic anxiety and anxiety-depressive patients (n=53).

Materials and methods. Using Scale of Clinical Systemic Evaluation (SCSE) of psychotherapy post-therapy, patients were divided into groups of significant improvement (complete remission) (n=24) and improvement (partial response to therapy) (n=20). Mann – Whitney U-tests were used to compare pre-therapy scores of the following questionnaires in the groups of complete remission and partial response: SCL-90, Beck depression scale, the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), the NEO Personality Inventory Test, the Five Facet Mindfulness Questionnaire – Short Form (FFMQ-SF), the Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS), MMPI, Resourcefulness for Recovery Inventory (RRI). Psychometric scales with significant pre-therapy differences between the two groups were included in discriminant analysis to identify predictors PDP outcome.

Results. Four prediction models were obtained: 1) scales "inadequate stress management", "negative values", "disintegration" of the RRI questionnaire (model accuracy 84.1%);

2) scales "inadequate stress management", "maximizes loss", "negative cognitions" (model accuracy 81.8%); 3) "preoccupation with past" of the RRI questionnaire, disorder duration (model accuracy 86.4%); 4) "positive expectations" of the RRI questionnaire, "non-acceptance" of the RRI questionnaire, disorder duration (model accuracy 84.1%).

Conclusion. Different prediction models emphasize different aspects of integrity, adaptability, and positivity of Self. At the same time, according to all the models obtained, initially more holistic, mature patients with adequate stress coping responded better to positive-dialog psychotherapy.

Keywords: positive-dialog psychotherapy, predictors of psychotherapy outcome, generalized anxiety disorder, mixed anxiety and depressive disorder, qualitative-quantitative scale for evaluation of psychotherapy effectiveness

■ ВВЕДЕНИЕ

По данным ВОЗ, 4,4% населения мира страдают депрессией, а 3,6% – тревожными расстройствами [1]. Несмотря на появление новых фармпрепаратов и развитие нелекарственных методов лечения депрессивных и тревожных расстройств, уровень психофармакологической ремиссии депрессивного расстройства составляет в среднем 50% [2], а генерализованного тревожного расстройства (ГТР) – 50–60% [2]. В последнее десятилетие опубликовано большое количество исследований и мета-анализов (МА) о равной эффективности психофармакотерапии и психотерапии депрессивных и тревожных расстройств [3, 4] и даже о превосходящем эффекте психотерапии при ГТР [5]. Однако психотерапевтические интервенции при депрессивных и тревожных расстройствах тоже оказываются неэффективны для 50% пациентов [6].

В последние годы активно ведутся исследования по поиску предикторов исхода терапевтических вмешательств. В метаанализах и систематических обзорах в качестве возможных предикторов исхода психотерапии тревожных и депрессивных расстройств описаны изначальная тяжесть клинических симптомов [7–9], личностные характеристики пациентов [10], наследственность [8], стрессовые события в детстве [9], нейрофизиологические маркеры [9, 11], генетические детерминанты [9]. Результаты этих исследований неоднозначны, сложно обобщаемы. Исследования в области позитивной психологии концентрируются на сильных сторонах человека [12, 13] в качестве возможных предикторов, однако единого определения сильных сторон и ресурсов нет.

В рамках позитивной психологии в 1980-х гг. А. Antonovsky предложил концепт чувства когерентности (sense of coherence) [14], в котором он выделил 3 основных компонента: 1) постижимость, усвояемость (степень, в которой жизненные события имеют смысл для человека); 2) управляемость (степень, в которой человек ощущает наличие достаточного количества внешних и внутренних ресурсов для удовлетворения своих потребностей); 3) осмысленность (степень, в которой человек ощущает, что жизнь имеет значение, а проблемы воспринимаются больше как вызовы). Высокое «чувство когерентности» усиливает устойчивость человека и обеспечивает хорошее самочувствие (well-being) [14], а также является предиктором позитивного исхода различных заболеваний [15].

Развивая концепцию, А. Antonovsky, М. Celinski и J. Pylowski предложили модель, в которой динамическая устойчивость (resilience) и управление ресурсами (resourcefulness) являются базисом для чувства когерентности, и описывают, как люди справляются с болезнями и травматическими ситуациями [16]. Для оценки ресурсности человека М. Celinski и соавторами был разработан опросник управления ресурсами для выздоровления (The Resourcefulness for Recovery Inventory – RRI) [17], в котором оцениваются как сильные, так и слабые стороны пациента, которые следует соответственно усилить или минимизировать в процессе терапии/реабилитации. Теоретически опросник основан на идее симметричной и биполярной природы отношения индивида к стрессу.

Модель М. Celinski и J. Pylowski перекликается с концепцией системы психологической адаптации личности (СПАЛ), разработанной в 1980–1990-х гг. Р.Д. Тукаевым [18]. СПАЛ – это сформированная в онтогенезе динамическая структура личностного «Я», характеризующаяся спонтанной гомеостатической активностью. СПАЛ обладает: 1) радиальной иерархической системой слоев-уровней механизмов адаптации, образующих при возрастном развитии вокруг личностного «ядра» слои-уровни; 2) связями в пределах одного уровня и между уровнями; 3) доминирующим влиянием «внешнего» уровня на функционирование системы СПАЛ, модулирующим влиянием «низших» уровней [18]. СПАЛ имеет 3 варианта динамики: 1) регресс; 2) формирование; 3) реактивацию. Механизмы формирования и реактивации СПАЛ соотносятся с доменом ресурсности модели М. Celinski и J. Pylowski. При регрессе СПАЛ происходит инактивация «внешнего» уровня психологической адаптации с актуализацией онтогенетически предшествующих инфантильных адаптационных механизмов, которые для взрослого индивида являются патологическими. При реактивации СПАЛ восстанавливается активность «внешнего» уровня, нарушенного предшествовавшим регрессом. При формировании СПАЛ развивается новый уровень адаптивных механизмов. В процессе психотерапии невротических расстройств присутствуют элементы как реактивации, так и формирования СПАЛ.

В исследованиях эффективности позитивно-диалоговой психотерапии [19, 20] с помощью шкалы клинической системной оценки (ШКСО) эффективности психотерапии [21] были выделены группы значительного улучшения состояния (ЗУС) (полной ремиссии) и улучшения состояния (УС) (частичного ответа на терапию). В работе Р.Д. Тукаева и В.Е. Кузнецова [22] предикторами полной ремиссии невротических тревожных расстройств стали показатели «целостность», «позитивные ценности» опросника RRI и шкала 5 («мужественность/женственность») методики СМЛЛ.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ предикторных моделей личностных характеристик пациентов для оценки исхода позитивно-диалоговой психотерапии при генерализованном тревожном расстройстве (ГТР) и смешанном тревожном и депрессивном расстройстве (СТДР).

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование на базе Московского НИИ психиатрии в 2015–2018 гг. были включены амбулаторные пациенты с диагнозами ГТР (F41.1) (n=28) и СТДР (F41.2) (n=25) по критериям МКБ-10 без текущей психофармакотерапии. Все пациенты проходили лечение по методике позитивно-диалоговой психотерапии (ПДП) [19, 23] –

направления в психотерапии (гипнотерапии), разработанного Р.Д. Тукаевым в 1990-х гг. ПДП состоит из 3 базовых компонентов (психообразовательного, каузально-когнитивно-ориентированного и универсальной гипнотерапии) и делает акцент на усвоении пациентом/клиентом моделей здорового мышления и поведения. Идеи ПДП близки к идеям психологии осознанности (вне религиозного контекста). Более подробное описание дизайна исследования можно найти в нашей предыдущей публикации [20].

Инструменты исследования

Симптоматический опросник SCL-90 (Symptom Checklist) [24]. Опросник включает 90 вопросов, оценивающих выраженность клинической симптоматики.

Шкала тревоги Спилбергера – Ханина (The State-Trait Anxiety Inventory) [25]. Методика из 40 вопросов оценивает выраженность ситуативной и личностной тревоги.

Шкала депрессии Бека (BDI) [26]. Опросник из 21 вопроса оценивает выраженность депрессии, включая ее когнитивный, соматический и аффективный компоненты.

Пятифакторный опросник полноты осознания – короткая версия (Five Facet Mindfulness Questionary – Short Form – FFMQ-SF) [27]. Опросник из 15 утверждений оценивает полноту осознания (mindfulness) по 5 шкалам.

Шкала внимательности и осознанности (Mindful attention awareness scale – MAAS) [28]. Шкала из 15 утверждений оценивает полноту осознания в ежедневной активности человека.

Стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ) в адаптации Л.Н. Собчик [29]. Методика для оценки нормальной и патологической личности, состоит из 556 утверждений.

Пятифакторный личностный опросник – короткая версия (NEO-PI) [30]. Методика из 60 вопросов позволяет оценить личность по следующим шкалам: «добросовестность», «невротизм», «открытость опыту», «экстраверсия», «сотрудничество».

Опросник «Управление ресурсами для выздоровления» (Resourcefulness for Recovery Inventory – RRI) [17]. Методика состоит из 239 вопросов, 18 шкал, 36 полярных субшкал и 2 шкал валидации.

Шкала клинической системной оценки (ШКСО) эффективности психотерапии Р.Д. Тукаева [21, 31] использует 5 градаций степени улучшения: 1) значительное улучшение (ЗУС); 2) улучшение (УС); 3) незначительное улучшение (НУС); 4) отсутствие улучшения (ОУС); 5) ухудшение состояния (УхС). Для определения степени улучшения состояния производится оценка: 1) редукации основной и дополнительной симптоматики; 2) осознаваемого контроля пациентом своего текущего состояния; 3) активности пациента в преодолении своего болезненного состояния; 4) степени зависимости пациента от психотерапевта; 5) устойчивости психотерапевтического альянса; 6) оценки пациентом степени улучшения своего состояния.

При ЗУС наблюдается полный регресс клинической симптоматики расстройства с одновременным увеличением степени осознаваемого контроля своего состояния, степени активности пациента в преодолении расстройства, активности пациента в преодолении болезненного расстройства, независимости от психотерапевта при сохранении устойчивого терапевтического альянса. При УС наблюдается значительный (реже полный) регресс клинических симптомов, нет роста осознаваемого контроля

и активности пациента в преодолении болезненного расстройства. Терапевтический альянс остается устойчиво высоким, однако степень независимости пациента от психотерапевта снижается, так как пациент продолжает ощущать себя находящимся в болезненном состоянии и связывает эффект психотерапии с терапевтом. При НУС наблюдается незначительный регресс клинических симптомов и отсутствие роста осознаваемого контроля, активности пациента в преодолении болезненного расстройства и степени независимости от терапевта, также часто отмечается ухудшение психотерапевтического контакта. При ОУС и УхС отсутствует положительная клиническая динамика или наблюдается ухудшение клинической симптоматики, терапевтический альянс между психотерапевтом и пациентом ухудшается.

Параллельно с объективной оценкой психотерапевта (эксперта) в конце курса психотерапии пациент/клиент самостоятельно оценивает результат по описанным выше критериям. Итоговая оценка эффективности психотерапии не может превысить субъективную оценку пациента/клиента.

Статистический анализ данных

Статистический анализ проводился в программе Statistica 10 в объединенной группе пациентов. Применялись методы описательной статистики (среднее, стандартное отклонение – M , SD) для описания гендерно-демографических и психометрических показателей пациентов. Для сравнения групп ЗУС и УС был использован непараметрический критерий Манна – Уитни. Размер эффекта (степени различий между сравниваемыми переменными) рассчитывался после проверки распределений на нормальность с помощью коэффициента d Коэна. Для этого применялось взвешенное среднеквадратичное отклонение. Для построения предикторных моделей использовался корреляционный и дискриминантный анализ. Для оценки корреляции между степенью улучшения состояния и нозологией пациентов был применен критерий хи-квадрат Пирсона.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

С помощью шкалы клинической системной оценки (ШКСО) эффективности психотерапии Р.Д. Тукаева [18, 31] по итогам ПДП пациенты, завершившие терапию ($n=53$), были разделены на 4 группы в зависимости от степени улучшения состояния. В группу значительного улучшения состояния (ЗУС) (полной ремиссии) было включено 24 пациента, в группу улучшения состояния (УС) – 20 пациентов, в группу незначительного улучшения состояния (НУС) – 8 пациентов, в группу отсутствия улучшения состояния (ОУС) – 1 пациент. Для дальнейшего анализа были взяты группы УС и ЗУС. Социодемографические и катamnестические характеристики групп ЗУС и УС представлены в табл. 1.

Для проверки наличия корреляции между степенью улучшения состояния и нозологией пациентов был использован критерий хи-квадрат Пирсона (табл. 2) ($\chi^2=1,47$, $p=0,23$). По полученным данным можно сделать заключение, что степень улучшения пациента не зависела от его диагноза, поэтому правомерно объединить пациентов с изначально более выраженными депрессивными симптомами и пациентов с изначально менее выраженными депрессивными симптомами в единую группу для выявления психометрических предикторов ЗУС и УС в результате ПДП.

Таблица 1
Социодемографические и анамнестические характеристики групп ЗУС и УС
Table 1
Sociodemographic and anamnestic characteristics of the groups of complete remission and partial response

Параметр	Всего (n=44)	ЗУС (n=24)	УС (n=20)
Пол (Ж)	33 (75,0%)	20 (83,3%)	13 (65%)
Возраст (М, SD)	33,2 (11,6)	34,7 (13,0)	31,5 (9,7)
Длительность заболевания (месяцы; М, SD)	47,2 (35,1)	33,1 (26,5)	64,2 (37,2)*

Примечание: *статистически значимое отличие от ЗУС (p=0,005, Cohen's d=0,98).

Таблица 2
Таблица сопряженности (частота исходов ЗУС и УС при ГТР и СТДР)
Table 2
Contingency table (frequency of complete remission and partial response outcomes in GAD and MADD patients)

Группа	ГТР	СТДР	Всего
ЗУС	14	10	24
УС	8	12	20
Всего	22	22	44

Исходные психометрические показатели групп ЗУС и УС представлены в табл. 3 и 4. Группы ЗУС и УС статистически значимо различались по 5 подшкалам симптоматического опросника SCL-90-R («обсессивность-компульсивность», «депрессия», «фобическая тревожность», «общий индекс тяжести симптомов», «общее число утвердительных ответов») со средним размером эффекта (d Коэна от 0,55 до 0,63), по шкалам реактивной и личностной тревожности опросника Спилбергера – Ханина с большим и средним размером эффекта соответственно и по шкале «невротизм» многофакторного личностного опросника (NEO) с большим размером эффекта (табл. 3).

Таблица 3
Сравнение исходных психометрических показателей в группах ЗУС и УС
Table 3
Comparison of pre-therapy psychometric scores in patients with complete remission and partial response to PDP

Показатель	ЗУС	УС	p	d Коэна (между группами)
SCL-90-R				
О-С	1,7 (0,7)	2,2 (0,8)	0,04	0,59
DEP	1,8 (0,8)	2,3 (0,6)	0,04	0,61
PHOB	0,7 (1,0)	1,4 (1,1)	0,03	0,63
GSI	1,3 (0,6)	1,7 (0,6)	0,04	0,55
PST	52,2 (14,6)	60,5 (14,3)	0,02	0,57
Опросник Спилбергера – Ханина (STAI)				
Реактивная тревожность (STAI-S)	37,7 (9,9)	45,2 (6,0)	0,003	0,90
Личностная тревожность (STAI-T)	57,6 (7,8)	63,3 (7,4)	0,01	0,75

Окончание таблицы 3

Многофакторный личностный опросник (NEO)				
Невротизм	31,9 (6,2)	36,8 (5,4)	0,01	0,84
Экстраверсия	19,2 (7,5)	20,4 (6,6)	0,62	
Открытость новому	27,5 (5,1)	28,6 (5,9)	0,75	
Сотрудничество	27,4 (5,1)	25,3 (4,8)	0,21	
Добросовестность	25,8 (7,0)	22,9 (7,7)	0,21	
Стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ)				
L (Ложь)	45,7 (9,9)	41,6 (4,6)	0,23	
F (Достоверность)	72,5 (16,1)	69,6 (9,5)	0,47	
K (Коррекция)	51,4 (9,4)	49,1 (6,1)	0,28	
1 (Сверхконтроль)	65,9 (13,3)	67,9 (14,4)	0,65	
2 (Пессимистичность)	77,5 (18,1)	85,3 (11,8)	0,16	
3 (Эмоциональная лабильность)	66,8 (15,0)	69,1 (10,4)	0,92	
4 (Импульсивность)	76,1 (17,8)	77,5 (14,1)	0,52	
5 (Женственность/мужественность)	42,0 (19,6)	47,5 (14,1)	0,52	
6 (Ригидность)	65,1 (10,3)	69,6 (10,5)	0,36	
7 (Тревожность)	62,9 (13,8)	69,4 (8,5)	0,07	
8 (Индивидуалистичность)	75,4 (19,9)	80,9 (13,4)	0,36	
9 (Оптимистичность)	56,9 (14,6)	59,8 (13,0)	0,71	
0 (Интроверсия)	59,9 (11,9)	63,4 (7,5)	0,34	
Шкала депрессии Бека (BDI)				
Суммарный показатель	21,17	23,3 (11,1)	0,40	
Пятифакторный опросник полноты осознания (FFMQ-SF)				
Суммарный показатель	74,3 (13,2)	69,6 (7,8)	0,17	
Шкала внимательности и осознанности (MAAS)				
Суммарный показатель	3,7 (0,9)	3,4 (0,5)	0,40	

По данным методики RRI, статистически значимые различия преимущественно обнаруживались в группе факторов, препятствующих выздоровлению. Наибольшие различия отмечены для шкал: «отсутствие ощущения контроля» ($p=0,0005$, $d=1,12$), «негативное мышление» ($p=0,0009$, $d=1,06$), «непродуктивное противостояние стрессу» ($p=0,0004$, $d=1,18$), «неприятие» ($p=0,001$, $d=1,09$), «негативные ценности» ($p=0,003$, $d=1,00$) (табл. 4).

Кроме исходных различий по ряду психометрических и клинических шкал, группы ЗУС и УС достоверно различались ($p=0,005$) по длительности заболевания с большим размером эффекта ($d=0,98$): пациенты группы УС на момент начала терапии болели в среднем в 2 раза дольше (64,2 (37,2) месяца), чем пациенты группы ЗУС (33,1 (26,5) месяца).

При включении в дискриминантный анализ только исходных психометрических различий групп ЗУС и УС (5 шкал SCL-90, шкалы реактивной и личностной тревожности опросника Спилбергера – Ханина, шкала «невротизм» методики NEO, 3 шкалы факторов, способствующих выздоровлению, методики RRI, 18 шкал факторов, препятствующих выздоровлению, методики RRI) мы получили 2 наиболее точные предикторные модели (табл. 5). Первая модель имела точность 84,1% и включала шкалы «непродуктивное противостояние стрессу», «негативные ценности», «отсутствие целостности» методики RRI (табл. 5). Вторая модель с точностью 81,8% включала

Таблица 4
Сравнение исходных показателей RRI (опросника управления ресурсами для выздоровления) в группах ЗУС и УС
Table 4
Comparison of pre-therapy scores of Resourcefulness for Recovery Inventory – RRI in patients with complete remission and partial response to therapy

Показатель	ЗУС	УС	Досто- верность (p)	d Коэна (между группами)
Факторы, способствующие выздоровлению				
Позитивные ожидания/надежды	68,05 (7,87)	62,79 (6,72)	0,02	0,71
Создание положительного образа	38,78 (9,99)	37,33 (8,01)		
Поддержание контроля	62,76 (9,17)	58,05 (6,62)		
Позитивное мышление (когниции)	65,66 (8,25)	60,97 (5,73)		
Целеустремленность	63,05 (6,49)	60,48 (5,94)		
Стремление к осведомленности	62,67 (7,77)	59,22 (6,94)		
Внимательное отношение к своему здоровью	64,09 (7,83)	60,55 (5,30)		
Положительное отношение к медицинским специалистам	69,87 (6,48)	68,03 (7,85)		
Позитивные эмоции	56,28 (6,45)	53,29 (7,56)		
Ощущение возможности выбора	60,08 (7,40)	57,89 (6,39)		
Фокус на настоящем/будущем	60,32 (7,04)	56,48 (5,43)		
Ответственность за свои действия	62,85 (7,07)	60,21 (5,72)		
Фундаментальные ценности	47,12 (9,01)	40,14 (8,58)	0,02	0,79
Продуктивное противостояние стрессу	54,21 (7,07)	49,20 (5,33)	0,03	0,79
Принятие	53,68 (8,28)	49,48 (5,17)		
Общение, коммуникация	58,61 (5,92)	57,00 (3,56)		
Социальная поддержка	63,00 (6,57)	60,75 (5,96)		
Целостность	62,41 (6,53)	59,11 (5,95)		
Минимизация ущерба	63,41 (5,97)	61,76 (6,17)		
Позитивные ценности	64,29 (7,44)	60,93 (7,63)		
Факторы, препятствующие выздоровлению				
Отсутствие ощущения контроля	40,46 (11,96)	28,87 (8,05)	0,0005	1,12
Создание негативного образа	51,48 (9,75)	54,52 (7,83)		
Негативное мышление (когниции)	41,36 (11,52)	30,32 (8,98)	0,0009	1,06
Отсутствие устремлений	39,58 (14,17)	28,31 (12,35)	0,02	0,84
Отсутствие стремления к осведомленности	42,45 (10,76)	34,92 (7,81)	0,03	0,79
Пренебрежение здоровьем	45,05 (12,02)	36,62 (8,30)	0,009	0,80
Негативные эмоции	38,60 (14,39)	26,56 (9,37)	0,005	0,97
Негативные ожидания	38,27 (14,14)	24,26 (14,89)	0,002	0,97
Ощущение ограниченных возможностей	44,26 (10,25)	33,92 (12,72)	0,008	0,90
Фокус на прошлом	40,29 (11,24)	33,22 (9,25)	0,04	0,68
Зависимость от других	42,23 (10,93)	33,14 (10,37)	0,007	0,85
Негативное отношение к медицинским специалистам	46,68 (10,34)	37,53 (10,28)	0,005	0,89
Непродуктивное противостояние стрессу	36,84 (10,89)	24,89 (9,16)	0,0004	1,18
Неприятие	36,58 (11,47)	25,45 (8,52)	0,001	1,09
Алекситимия	50,26 (12,39)	40,12 (9,57)	0,01	0,90
Социальная изоляция	36,67 (13,74)	26,18 (9,80)	0,01	0,87

Окончание таблицы 4

Отсутствие целостности	41,88 (14,01)	32,14 (11,34)	0,02	0,76
Преувеличение ущерба	45,37 (15,39)	36,81 (11,38)	0,04	0,62
Негативные ценности	37,83 (9,02)	28,94 (8,67)	0,003	1,00

в качестве предикторов шкалы «непродуктивное противостояние стрессу», «негативные когниции», «преувеличение ущерба» (табл. 5).

При включении в дискриминантный анализ длительности заболевания на момент начала терапии были получены еще 2 предикторные модели (табл. 5). Третья модель включала шкалу «фокус на прошлом» методики RRI и длительность заболевания (точность модели 86,4%) (табл. 5). В четвертой модели появлялись шкалы «позитивные ожидания» и «неприятие» методики RRI и длительность заболевания (точность модели 84,1%) (табл. 5).

Таблица 5
Результаты дискриминантного анализа
Table 5
Discriminant analysis results

Первая модель (точность 84,1%)						
Wilks' Lambda: .60772 approx. F (4,39)=6,2937 p< ,0005						
	Wilks' Lambda	Partial Lambda	F-remove (1,39)	p-value	Toler	1-Toler (R-Sqr.)
Непродуктивное противостояние стрессу (RRI)	0,74	0,82	8,73	0,005	0,42	0,58
Негативные ценности (RRI)	0,69	0,88	5,16	0,03	0,49	0,51
Отсутствие целостности (RRI)	0,69	0,88	5,09	0,03	0,23	0,77
Вторая модель (точность 81,8%)						
Wilks' Lambda: .51110 approx. F (8,35)=4,1850 p< ,0014						
	Wilks' Lambda	Partial Lambda	F-remove (1,39)	p-value	Toler	1-Toler (R-Sqr.)
Непродуктивное противостояние стрессу (RRI)	0,62	0,83	7,42	0,01	0,34	0,66
Преувеличение ущерба (RRI)	0,58	0,89	4,47	0,04	0,18	0,82
Негативное мышление (когниции) (RRI)	0,58	0,88	4,86	0,03	0,17	0,83
Третья модель (точность 86,4%)						
Wilks' Lambda: .51081 approx. F (5,38)=4,1850 p< ,0001						
	Wilks' Lambda	Partial Lambda	F-remove (1,39)	p-value	Toler	1-Toler (R-Sqr.)
Длительность заболевания	0,66	0,77	11,47	0,002	0,84	0,16
Фокус на прошлом (RRI)	0,57	0,89	4,62	0,04	0,29	0,71
Четвертая модель (точность 84,1%)						
Wilks' Lambda: .38617 approx. F (10,33)=4,1850 p< ,0001						
	Wilks' Lambda	Partial Lambda	F-remove (1,39)	p-value	Toler	1-Toler (R-Sqr.)
Непродуктивное противостояние стрессу (RRI)	0,54	0,72	12,73	0,001	0,73	0,27
Неприятие (RRI)	0,45	0,86	5,31	0,03	0,29	0,72
Позитивные ожидания (RRI)	0,45	0,85	5,62	0,02	0,24	0,76

■ ОБСУЖДЕНИЕ

Методология критериальной оценки эффективности психотерапии. Используемая в работе шкала клинической системной оценки (ШКСО) эффективности психотерапии [21, 31] проявила себя как надежный инструмент [19, 20]. Она опирается на культуральный паттерн, согласно которому «болеть» означает быть внутри болезненного состояния, зависеть от него, терапевтических мероприятий и терапевтов, тогда как выздоровление ощущается/определяется пациентом как выход из болезни, освобождение от нее и необходимости терапии. Шкала разграничивает: 1) вышедших из болезненного состояния, обретших независимость от болезни и терапевта; 2) остающихся в болезни, зависимых от терапии и терапевта. Таким образом, критерии ЗУС и УС отличаются качественно, тогда как категории УС и НУС различаются по степени редукции клинической симптоматики. Данная методология принципиально отличается от подходов, принятых в западной доказательной психотерапевтической традиции, опирающейся на клинически опосредованную психометрию: психометрически-параметрический порог популяций «здоровых» и «больных» Jacobson [32]; «надежные нормативные сравнения» терапевтической группы с группой здоровых [33]; разнообразные современные психометрические опросники индивидуальной оценки результатов психотерапии (PQ, OQ-45, CORE-OM, SQ-48, BSI). Подобные инструменты в общегрупповом формате используются в стандартных рандомизированных контролируемых исследованиях и МА [34]. Характерно, что ШКСО эффективности психотерапии наиболее близка к положению доказательной медицины об использовании конечных исходов [31].

Особенности предикторных моделей эффективности психотерапии на основе анализа исключительно психометрических показателей. Первая предикторная «психометрическая» модель (точность 84,1%) включила RRI-шкалы «непродуктивное противостояние стрессу», «негативные ценности» и «отсутствие целостности». Вторая предикторная модель (точность 81,8%) объединила RRI-шкалы «непродуктивное противостояние стрессу», «негативные когниции», «преувеличение ущерба». Обе модели включают шкалу «непродуктивное противостояние стрессу» и близкие по негативности к контексту шкалы «негативные ценности» и «негативные когниции». Более валидная первая модель вобрала шкалу «отсутствие целостности» («Я»), тогда как вторая предикторная модель – шкалу «преувеличение ущерба». Поскольку в смысловом отношении шкала RRI «преувеличение ущерба» опосредованно сопряжена со шкалой RRI «отсутствие целостности», то вторую предикторную модель следует расценить как менее репрезентативную вариацию первой.

Особенности предикторных моделей эффективности психотерапии на основе сочетания психометрических показателей с клинико-катамнестическими. Подключение фактора времени, длительности заболевания, порождает 2 предикторные модели: третью, самую точную и простую одновременно, и четвертую, разделяющую по точности второе и третье места с первой «психометрической» предикторной моделью. Третья предикторная модель (точность 86,4%) включает всего 2 показателя: шкалу «фокус на прошлом» методики RRI и клинико-катамнестический показатель «длительность заболевания». Фиксация на прошлом двойственна, подразумевает обращение как к прошлому доболезненному, так и к опыту развившегося и продолжающегося болезненного состояния. Поскольку субъект живет

в личностном настоящем, соотнося его с прошлым опытом, прогнозируя будущее, в зависимости от этапа жизненного цикла акцентируясь на будущем (в молодости), настоящем (в среднем возрасте), прошлом (в пожилом возрасте) [35], фокусирование посредством переживания болезни на прошлом нарушает целостность восприятия жизни субъекта, целостность его «Я». Длительность заболевания ведет к фокусированию «Я» на истории болезненного состояния, способствуя зацикливанию, удержанию болезненных расстройств, а также (по контрасту) на доболезненном прошлом, в ущерб позитивному восприятию настоящего и будущего, фрагментируя, нарушая целостность восприятия собственного «Я». Таким образом, шкала RRI «фиксация на прошлом» оказывается чрезвычайно емкой, системной, высокозначимой при условии учета фактора времени – длительности болезненного состояния. Последняя, четвертая, предикторная модель (точность 84,1%) является, по нашему мнению, менее значимой вариацией третьей, поскольку базовый клинико-катamnестический показатель «длительность заболевания» комбинируется в ней со шкалами RRI «позитивные ожидания» (низкие значения) и «неприятие» (высокие значения), сопряженными с фактором времени, которые значимо совпадают феноменологически со шкалой «фиксация на прошлом» предыдущей предикторной модели.

Вероятно, выявленная значимость фактора времени для прогностической характеристики личности, индивида, его «Я» выходит за рамки клинической персонологии при тревожных и тревожно-депрессивных расстройствах в область персонологии здоровых, направленность (в прошлое, будущее, настоящее) в отношении к личностному времени является важнейшей характеристикой «Я» вообще.

Фактор времени в СПАЛ в соотношении с полученными предикторными моделями. В модели системы психологической адаптации личности (СПАЛ) [18] онтогенетическое время является системообразующей, осевой функцией, предопределяющей актуальное состояние СПАЛ. Развитие болезненного состояния невротического регистра с позиции данной модели обусловлено функциональным возвратом в онтогенетическое прошлое к ранним способам психологической адаптации, а не развитием качественно нового болезненного состояния. Процессы реактивации и формирования СПАЛ, определяющие выздоровление (в том числе при психотерапии) опираются на противоположное в онтогенетическом времени движение от болезненного регрессивного состояния к (онтогенетически) настоящему-будущему. Сформированная, согласно третьей, четвертой предикторным моделям, «фиксация на прошлом» (имеющая психолого-физиологический базис) ограничивает преимущественно реактивное и частично формирующее восстановительное движение субъекта по линии онтогенетического времени в направлении настоящего-будущего, ограничивая тем самым результативность психотерапии.

Общность предикторных моделей 2 исследований эффективности ПДП. В предшествующем исследовании эффективности ПДП показатель длительности заболевания авторами не учитывался [22]. Как уже отмечалось, предикторами ЗУС для невротических тревожных расстройств стали показатели «целостность», «позитивные ценности» опросника RRI и шкала 5 методики СМЛ. Поскольку показатель шкалы 5 СМЛ по смыслу дополняет показатель шкалы «целостность» RRI, а показатели шкал RRI «отсутствие целостности», «непродуктивное противостояние стрессу», «негативные ценности» и «негативные когниции» первой и второй предикторных моделей настоящего исследования являются оппонентными к предикторным показателям

первого исследования [22], мы полагаем, что все психометрические предикторные модели обоих исследований описывают единый механизм терапевтической эффективности ПДП.

■ ВЫВОДЫ

1. Применение шкалы клинической системной оценки (ШКСО) эффективности психотерапии позволило выделить группы ЗУС и УС, достоверно исходно различающиеся по шкалам опросников SCL-90, Спилбергера – Ханина, шкале «невротизм» опросника NEO, а также по опроснику RRI (наибольшие различия по шкалам «непродуктивное противостояние стрессу» ($p=0,0004$; $d=1,18$), «отсутствие ощущения контроля» ($p=0,0005$; $d=1,12$), «неприятие» ($p=0,001$; $d=1,09$), «негативное мышление» ($p=0,0009$; $d=1,06$), «негативные ценности» ($p=0,003$; $d=1,00$)).
2. С помощью дискриминантного анализа получены 4 предикторные модели эффективности ПДП, которые включили: показатели «непродуктивное противостояние стрессу», «отсутствие целостности», «негативные ценности» методики RRI (первая модель, точность 84,1%); показатели «непродуктивное противостояние стрессу», «негативное мышление», «преувеличение ущерба» методики RRI (вторая модель, 81,8%); «длительность заболевания», показатель «фокус на прошлом» методики RRI (третья модель, точность 86,4%); «длительность заболевания», показатели «позитивные ожидания», «неприятие» методики RRI (четвертая модель, точность, 84,1%).
3. При анализе полученных предикторных моделей исходно менее «целостные» пациенты (с высокими исходными значениями по шкалам «отсутствие целостности», «преувеличение ущерба» в первой и второй моделях; нарушением гармоничной временной перспективы – высокие баллы по шкале «фокус на прошлом», «неприятие» (настоящего) и низкие баллы по шкале «позитивные ожидания» (от будущего) в третьей и четвертой моделях), менее «позитивные» пациенты (с высокими баллами по шкалам «негативные ценности», «негативное мышление», «неприятие» в первой, второй и четвертой моделях), менее стрессоустойчивые пациенты (высокие баллы по шкале «непродуктивное противостояние стрессу» в первой и второй моделях) хуже отвечают на ПДП и с меньшей вероятностью достигнут полной ремиссии.
4. Выделенные предикторы позволили не только подтвердить, что более целостные, позитивные и адаптивные индивиды легче выходят из болезненного состояния, но и акцентировать внимание на нарушении гармоничной временной перспективы у длительно болеющих пациентов, с преобладанием фиксации на прошлом в ущерб настоящему и будущему, что, вероятно, является одним из механизмов «застревания» в болезни и хронификации невротических расстройств.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. World Health Organization. *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. World Health Organization; 2017. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Kelly K.M., Mezuk B. Predictors of remission from generalized anxiety disorder and major depressive disorder. *J Affect Disord.* 2017;208:467–74. doi: 10.1016/j.jad.2016.10.042
3. Barkowski S., Schwartze D., Strauss B., et al. Efficacy of group psychotherapy for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Res.* 2020;30(8):965–82. doi: 10.1080/10503307.2020.1729440

4. Leichsenring F., Heim N., Steinert C. A review of anxiety disorders. *JAMA*. 2023;329(1):1315–16. doi: 10.1001/jama.2023.2428
5. Carl E., Witcraft S.M., Kauffman B.Y., et al. Psychological and pharmacological treatments for generalized anxiety disorder (GAD): a meta-analysis of randomized controlled trials. *Cogn Behav Ther*. 2020;49(1):1–21. doi: 10.1080/16506073.2018.1560358
6. Cuijpers P., Karyotaki E., Weitz E., et al. The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: a meta-analysis. *J Affect Disord*. 2014;159:118–126. doi: 10.1016/j.jad.2014.02.026
7. Probst G., Visla A., Fluckiger C. Patients' symptoms and strengths as predictors of long-term outcomes of CBT for generalized anxiety disorder – A three-level, multi-predictor analysis. *J Anxiety Disord*. 2022;92:102635. doi: 10.1016/j.janxdis.2022.102635
8. Kunas S.L., Lautenbacher L.M., Lueken P.U., et al. Psychological predictors of cognitive-behavioral therapy outcomes for anxiety and depressive disorders: a systematic review of the literature. *J Affect Disord*. 2021;278:614–26. doi: 10.1016/j.jad.2020.09.092
9. Kraus C., Kadriu B., Lanzenberger R., et al. Prognosis and improved outcomes in major depression: a review. *Transl Psychiatry*. 2019;9(127):2–17. doi: 10.1038/s41398-019-0460-03
10. Bucher M.A., Suzuki T., Samuel D.B. A meta-analytic review of personality traits and their associations with mental health treatment outcomes. *Clin Psychol Rev*. 2019;70:51–63. doi: 10.1016/j.cpr.2019.04.002
11. La Buissonniere-Ariza V., Fitzgerald K., Meoded A., et al. Neural correlates of cognitive behavioral therapy response in youth with negative valence disorders: a systematic review of the literature. *J Affect Disord*. 2021;282:1288–307. doi: 10.1016/j.jad.2020.12.182
12. Bos E.H., Snippe E., de Jonge P., et al. Preserving subjective wellbeing in the face of psychopathology: Buffering effects of personal strengths and resources. *PLoS ONE*. 2016;11(3):e0150867. doi: 10.1371/journal.pone.0150867
13. Goldbach N., Reif A., Preuss H., et al. The role of resources in the face of psychopathology. *J Clin Psychol*. 2020;76(3):406–22. doi: 10.1002/jclp.22884
14. Antonovsky A. *Health, stress, and coping*. Jossey-Bass Publishers; 1980. 255 p.
15. Eriksson M., Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relationship with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2006;60:376–81. doi: 10.1136/jech.2005.041616
16. Celinski M.J. The dialectic relationship between resilience and resourcefulness. In: M.J. Celinski & K.M. Gow, eds. *Continuity versus creative response to challenge: The primacy of resilience and resourcefulness in life and therapy*. Nova Science Publishers; 2011. P.105–120.
17. Celinski M.J., Antoniazzi M., Allen L.M. *Resourcefulness for Recovery Inventory – Revised*. Durham, N.C.: Cognisyst. Available at: www.cognisyst.com.
18. Tukaev R. *Psychotherapy: theories, structures and mechanisms*. M.; 2007. 392 p. (in Russian)
19. Tukaev R.D., Kuznetsov V.E. Cognitively oriented therapy in anxiety disorders: evaluation in a controlled trial. *Social and Clinical Psychiatry*. 2015;25(2):55–64. eLibrary ID: 24933500. (in Russian)
20. Tukaev R.D., Strykova K.A. Efficacy of positive-dialogue psychotherapy for neurotic anxiety and anxiety-depressive disorders: evidence-based evaluation. *and Clinical Psychiatry*. 2022;32(3):55–62. eLibrary ID: 49711849. (in Russian)
21. Tukaev R.D., Kuznetsov V.E., Strykova K.A., Debryanskaya A.V. Description of clinical rating scale for systemic qualitative and quantitative assessment of the process and efficacy of psychotherapy in anxiety disorders. *Social and Clinical Psychiatry*. 2016;26(1):21–7. eLibrary ID: 26539107. (in Russian)
22. Tukaev R.D., Kuznetsov V.E. Criteria and predictors of effectiveness of psychotherapy of anxiety disorders. *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*. 2019;10(2):291–302. eLibrary ID: 38576327. (in Russian)
23. Tukaev R.D., Gordeev M.N. *Hypnotherapy*. Vasil'eva A.V., Karavaeva T.A., Neznanov N.G., editors. *Psychotherapy. National leadership*. M.: GEOTAR-MEDIA; 2023. (in Russ.) ISBN: 978-5-9704-7567-6
24. Tarabrina N. *Workshop on the psychology of post-traumatic stress*. Saint-Petersburg: Piter. 2001; 272 p. (in Russian)
25. Hanin Y.U. *A brief guide to the application of the C.D. Spielberger scale of reactive and personal anxiety*. Leningrad; 1976. 25 p. (in Russian)
26. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., et al. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561–71. doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
27. 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;18(3):308–20. doi: 10.1177/1073191111408231
28. Brown K.W., Ryan R.M. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*. 2003;84(4):822–48. doi: 10.1037/0022-3514.84.4.822
29. Sobchik L.N. *A standardized method of multivariate study of personality SMIL*. SPb.: Izdatel'stvo Rech'; 2002. 219 p. (in Russian)
30. Costa PT, McCrae RR. Personality in adulthood: A six-year longitudinal study of self-reports and spouse ratings on the NEO Personality Inventory. *J Pers Soc Psychol*. 1988;54(5):853–63. doi: 10.1037//0022-3514.54.5.853
31. Tukaev R.D. *Objectification of the psychotherapeutic process*. Vasil'eva A.V., Karavaeva T.A., Neznanov N.G., editors. *Psychotherapy. National leadership*. M.: GEOTAR-MEDIA; 2023. ISBN: 978-5-9704-7567-6. (in Russian)
32. Jacobson N.S., Roberts L.J., Berns S.B., McGlinchey J.B. Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: Description, application, and alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1999;67(3):300–7. doi: 10.1037/0022-006X.67.3.300
33. Mangardich H., Cribbie R.A. Assessing clinical significance using robust normative comparisons. *Psychotherapy Research*. 2015;25(2):239–48. doi: 10.1080/10503307.2014.889329
34. Carlier I.V.E., Kovács V., van Noorden M.S., et al. Evaluating the responsiveness to therapeutic change with routine outcome monitoring: A comparison of the Symptom Questionnaire-48 (SQ-48) with the Brief Symptom Inventory (BSI) and the Outcome Questionnaire-45 (OQ-45). *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2017;24(1):61–71. doi: 10.1002/cpp.1978
35. Zimbardo P.G., Boyd J.N. Putting time in perspective: A valid, reliable individual differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1999;77:1271–88. doi: 10.4135/9781526451163.n28