



ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ МЕТОДАМИ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ И РАЦИОНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

УДК 616

Харитонов С. В., докторант, к.м.н.;

Голубев М. В., ведущий научный сотрудник отдела медицинской психологии, д.м.н., врач-психотерапевт.
ФГУ Российский научный Центр восстановительной медицины и курортологии Росздрава, Россия, Москва

Введение

Ананкастное (оно же обсессивно- компульсивное – ОКР) расстройство личности характеризуется: чрезмерной склонностью к сомнениям; озабоченностью деталями, правилами и перечнями; перфекционизмом; излишней добросовестностью и педантичностью. У таких пациентов, несмотря на то, что из всех личностных расстройств ананкастное выглядит наиболее социализированным, существуют значительные трудности межличностного взаимодействия и адаптации.

Данный вид личностного расстройства хорошо изучен с точки зрения возможностей когнитивно-поведенческой психотерапии и практически не исследованы коррекционные возможности рационального подхода. В современных руководствах по когнитивно-поведенческой терапии ананкастного расстройства рекомендовано использовать долгосрочные и краткосрочные программы. В качестве долгосрочных программ E.Arthur [1] рассматривает: необходимость уменьшения частоты, выраженности и интенсивности обсессий; сокращение времени подверженности обсессиям и компульсиям; восстановление функциональности пациента; обеспечение решения ключевых конфликтов и проблем эмоционального стресса. Связанные с долгосрочными целями пятнадцать краткосрочных ориентированы на коррекцию мыслей, эмоционального реагирования и изменение структуры паттерна поведения. Также весьма эффективными являются программы, предлагаемые В.М. Нуман [2].

1. Программа самоконтроля щепетильности (перфекционизма). Данная программа включает в себя письменное ведение ежедневного мониторинга дискомфорта и вызываемых этим дискомфортом обсессий и компульсий, с последующим выделением мыслей-мишеней и их коррекцией.

2. Программа контроля сенситивности и ведение мониторинга мыслей-мишеней с их последующей коррекцией.

3. Реализация системы планирования деятельности, включающая не только список организационных мероприятий, но и мониторинг уровня беспокойства с коррекцией соответствующих мыслей-мишеней и релаксационными упражнениями [3].

4. Формирование новых навыков межличностного взаимодействия в эффективном при ОКР формате групповой психотерапии [4] с анализом симптомов мишеней, коррекцией дезадаптивных мыслей, формированием новых ролей и исследованием выгод и издержек [5] от применения новых способов межличностного взаимодействия. Однако только групповыми формами коррекции ограничиваться не рекомендуется и предлагается сочетать ее с индивидуальной [6].

5. Программа мониторинга и выявления сомнений и беспокоящих мыслей, с их последующей коррекцией, учетом рисков нереалистичного оптимизма со стороны пациентов [7] и коррекцией стратегии подавления негативных мыслей [8].

Рациональная психотерапия в отличие от когнитивно-поведенческой строится на выявлении логических ошибок мышления и направлена на коррекцию суждений па-

циента. По мнению С.Н. Patterson [9] рациональная психотерапия исходит из универсальных причин психических расстройств, и ее применение включает предваряющее, обстоятельное изучение личности больного [10].

По Р. Dubois, в изложении Б.Д. Карвасарского [11] выделяется 4 этапа рациональной психокоррекции: 1) объяснение, разъяснение и формирование адаптивных понятий у пациента; 2) коррекция ошибочных суждений и обучение принципам формальной и диалектической логики; 3) изменение отношения к болезни, изменение иерархии ценностей, изменение жизненных установок; 4) психагогика.

Цель исследования. Провести оценку качества восстановительного эффекта при долгосрочной когнитивно-поведенческой и рациональной психокоррекции у больных с обсессивно-компульсивным расстройством личности.

Рабочая гипотеза.

В качестве первой рабочей гипотезы использовано предположение о большей эффективности совместного применения когнитивно-поведенческой и рациональной психотерапии по сравнению с корригирующей эффективностью только рационального или когнитивно-поведенческого подходов. За нулевую гипотезу взята идея об отсутствии таких различий.

Вторая рабочая гипотеза предполагала, что эффективность когнитивно-поведенческого подхода будет отличаться от рациональной. Нулевая гипотеза отвергала такие различия.

Материал и методы исследования.

Для обеспечения сопоставимости выборки применялась процедура блоковой рандомизации. Исследование являлось проспективным и осуществлялось в течение примерно одного года. Величины ниже приведенных показателей оценивались до начала терапии, через две недели, 1, 3, 6 месяцев и спустя примерно год (11–14 месяцев) перед выпиской пациентов.

Когнитивно-поведенческая психотерапия проводилась в классическом формате. Рациональная психотерапия строилась на основе этапов, предложенных Р. Dubois. После каждой сессии, как и в случае когнитивно-поведенческой психотерапии, пациентам предлагались задания для самостоятельной работы.

Мониторинг состояния больных включал:

1. Оценку по шкале «Глобального Клинического впечатления» [12] по конструктам – «острота выраженности симптомов» и «общее улучшение». Тестирование проводилось до начала коррекционной работы, через две недели, через 1, 3, 6 и 12 месяцев.

Данный тест имеет высокую ретестовую надежность и валидность по указанным параметрам. Применение конструкта «действенность» представлялось сомнительным, так как результаты исследований по валидности этого конструкта противоречивы.

2. Оценку состояния субъективного дискомфорта, включающую суммарную характеристику дискомфорта своего состояния на конец данного периода. Оценка общего самочувствия пациентов осуществлялась по «Визуально аналоговой шкале» [13]. Пациенты, в присутствии

лечащего врача, давали оценку своего состояния по градуированной 10-балльной шкале, где 10 баллов – крайне плохое самочувствие, 0 баллов – дискомфорта нет.

3. Оценку социальной реадaptации, проводившейся с использованием теста «Индекс Сихора» [14], позволяющего идентифицировать уровень групповой сплоченности (для групп из ближнего окружения пациентов). Максимально возможные величины этого показателя – 19 баллов, минимальные – 5 баллов. Чем выше показатель по этому индексу, тем выше уровень групповой сплоченности.

Математическая обработка результатов осуществлялась с применением t-теста с разными дисперсиями, который обычно используется для проверки гипотезы о равенстве средних, для двух выборок данных из разных генеральных совокупностей. Эта форма t-теста предполагает несовпадение дисперсий генеральных совокупностей (парный t-тест, с двухсторонним распределением).

Участники исследования и стратегия рекрутинга.

Исследование проводилось среди пациентов с установленным диагнозом Ананкастного (обсессивно-компульсивного – ОКР) личностного расстройства, согласно критериям МКБ-10. В исследовании приняли участие 40 пациентов в возрасте от 18 до 44 лет. Исследование проводилось на базе Московского НИИ Психиатрии в период с 2004 по 2010 годы. Пациенты поступали как по самообращению, так и по направлению врачей-психиатров и клинических психологов.

Все пациенты прошли комплекс клинических исследований и не имели острой соматической или неврологической патологии. Все проходили долгосрочную психотерапию (в течение периода около одного года, но не менее 11 месяцев), направленную на реадaptацию и восстановление ресурсов личностного реагирования.

Пациенты имели разный образовательный ценз и разные уровни жизни и социального положения. В про-

цессе лечения применялись только методы когнитивно-поведенческой психотерапии. Фармакотерапия и другие виды психотерапии не применялись. В ряде случаев, когда существовала угроза суицида, применялись методы кризисной психотерапии. В большинстве случаев 1–3 сессии (ни у кого более 5).

Средний возраст в группе составил $24,6 \pm 1,7$ года. Мужчин в выборке – 14 человек, женщин – 26. В национальном отношении 39 русских, 1 – украинка. Имели законченное высшее образование – 15 пациентов. По роду деятельности выборка была неоднородной, включались: учащейся молодежи – 13 человек, инженерно-технических работников – 4, служащих – 5 человек, квалифицированных рабочих – 10 человек, прочих специалистов – 8 человек, безработных в выборке не было.

Больные были распределены в три группы – тех, кто проходил только когнитивно-поведенческую психотерапию (группа КПП) – 16 человек, тех, кто проходил только рациональную психотерапию (группа РП) – 10 человек, тех, кто проходил смешанную психотерапию, включавшую и когнитивно-поведенческую и рациональную психотерапию (группа КПП+РП) – 14 человек.

Результаты исследования.

За годовой период коррекционной работы получены данные по показателям Визуально-аналоговой шкалы «Субъективного дискомфорта» (шкала 10-балльная, где 10 баллов – максимально выраженный дискомфорт, 0 баллов – дискомфорт отсутствует); по шкале Глобального клинического впечатления зарегистрирована динамика конструкторов «Острота выраженности симптомов» и «Общее улучшение»; проведена оценка динамики показателей Индекса Сихора. Более подробно динамика показателей реадaptации больных по перечисленным параметрам представлена в таблице № 1.

Таблица 1. Динамика показателей реадaptации

Показатели	Период Группы	До начала коррекции	Через 2 недели	Через 1 месяц	Через 3 месяца	Через 6 месяцев	Через год
Субъективный дискомфорт	КПП	9,8	7	4,7	3,3	0,9	0,2
	КПП+РП	9,8	6,9	3,5	2,1	0,4	0,1
	РП	9,7	6,3	4,8	3,2	0,4	0,2
Острота заболевания	КПП	6,1	5,1	4,1	3,9	3,7	2,8
	КПП+РП	6,1	5,1	4,1	3,9	3,4	2,5
	РП	5,7	4,7	4,1	4,1	3,8	2,9
Улучшение	КПП	-	3	3	2,9	2,9	2,1
	КПП+РП	-	3	2,9	3,1	2,6	2,1
	РП	-	3,1	3,4	3,3	3	2,1
Индекс Сихора	КПП	-	7,5	9,2	10,7	13,3	14,3
	КПП+РП	-	7,1	8,5	11,5	15,2	16,5
	РП	-	7,1	9,3	10	14	14,8

Как видно из приведенных данных, снижение выраженности субъективного дискомфорта в исследуемых группах происходило с неравными скоростями. Так, в группе КПП показатель t-теста через месяц от начала коррекции составил 3,17 при $p < 0,99$. В группе КПП+РП этот же показатель составил 6,6, что соответствует уровню достоверности $p < 0,99$. В группе РП показатель составил 2,0, таким образом, различия являлись недостоверными. В группе РП достоверность различий определена только в данных третьего месяца коррекции, где $t = 8,44$ при $p < 0,999$.

По конструктору «Острота выраженности симптомов» шкалы Глобального клинического впечатления была от-

мечена положительная динамика во всех группах. В группе больных КПП статистически достоверные различия определены только через три месяца $t = 8,42$ при $p < 0,999$. В группе КПП+РП статистически достоверные различия определены через 1 месяц от начала коррекции $t = 3,89$ при $p < 0,99$. В группе РП различия определены через 1 месяц от начала коррекции $t = 4,888$ при $p < 0,99$.

По конструктору «Общее улучшение» данные заполнялись по отношению к предшествующей регистрации показателей, поэтому проведение статистической обработки было ограничено и основной информацией является то, что в первом полугодии коррекционной работы

отмечались несколько более высокие показатели улучшения, чем во втором полугодии, во всех группах. Однако достоверных различий не выявлено.

По групповой сплоченности, измеряемой индексом Сишора, определено, что в группе КПП за период от двух недель до 3 месяцев коррекции происходило статистически значимое увеличение данного показателя ($t=5,11$) при $p<0,99$. В группе КПП+РП различия определены через 1 месяц от начала коррекции ($t=8,4$) при $p<0,999$. В группе РП различия определены только через 6 месяцев от начала коррекции ($t=2,38$) при $p<0,95$.

Выводы.

Совместное использование методов когнитивно-поведенческой и рациональной психотерапии более эффективно снижает уровень субъективного дискомфорта, чем только методы когнитивно-поведенческого подхода. Рациональная психотерапия дает статистически достоверный эффект несколько позднее.

Во всех трех группах наблюдалось уменьшение остроты выраженности симптомов, определяемой по шкале Глобального клинического впечатления. Наиболее выраженный и ранний эффект достигался при совместном использовании методов когнитивно-поведенческой и рациональной коррекции или только методов рациональной коррекции. Статистически значимые результаты в группе больных, получавших только когнитивно-поведенческие методы, зарегистрированы позднее.

Общее улучшение происходило достаточно равномерно во всех группах и немного лучшими показатели были в первом полугодии.

Наиболее высокие показатели по индексу Сишора, свидетельствующего об уровне групповой сплоченности получены в группе больных, получавших когнитивно-поведенческую и рациональную коррекцию. В группе больных, получавших только рациональную психотерапию достоверное улучшение показателей внутригрупповой сплоченности регистрировалось позднее, чем во всех других группах (спустя 6 месяцев).

Обобщая полученные данные, можно сказать, что совместное применение методов когнитивно-поведенческой и рациональной коррекции дает более выраженный и ранний восстановительный и социально-реадаптационный эффект у больных с ананкастным расстройством личности, что подтверждает первую рабочую гипотезу.

Вторая рабочая гипотеза также подтверждена – эффекты когнитивно-поведенческого подхода выше, чем рационального по показателям уровня субъективного дискомфорта и уровня групповой сплоченности. Но эффективность рационального подхода была выше по конструкту «Острота выраженности заболевания» шкалы Глобального клинического впечатления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Arthur E. Jongsma, Jr. and L. Mark Peterson. *The complete adult psychotherapy/ Treatment planner*, fourth edition. John Wiley & Sons, Inc. 2006. pp. 187–193.
2. Hyman, Bruce M., Pedrick, Cherry. *The OCD workbook: your guide to breaking free from obsessive-compulsive disorder*. US. Oakland. New Habinger Publications, Inc. 2005. 237 p.
3. Rian E. Mc Mullin. *The new handbook of cognitive therapy technics*. New York, London. W.W. Norton & Company. 2000. pp. 132–136.
4. Cabedo Elena, Belloch Carmen Carrio Amparo, Larsson Christina, Fernandez-Alvarez Hector and Garcia Fernando. *Group Versus Individual Cognitive Treatment for Obsessive-Compulsive Disorder: Changes in Severity at Post-Treatment and One-Year Follow-up*. UK. J.: Behavioural and cognitive psychotherapy. Vol. 38, № 2, march 2010., pp. 227–232.
5. Leahy, Robert L. *Cognitive therapy techniques: a practitioner's guide*. New York, London. Guilford Press. 2003. 347 p.
6. Meyer Elisabeth, Souza Fernanda, Heldt Elizeth, Knapp Paulo and Cordioli Aristides. *Randomized Clinical Trial to Examine Enhancing Cognitive-Behavioral Group Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder with Motivational Interviewing and Thought Mapping*. UK. J.: Behavioural and cognitive psychotherapy. Vol. 38, № 3, may 2010., pp. 319–336.
7. Moritz Elena and JeLinek Lena. *Inversion of the «Unrealistic Optimism» Bias Contributes to Overestimation of Threat in Obsessive-Compulsive Disorder*. UK. J.: Behavioural and cognitive psychotherapy. Vol. 37, № 2, march 2009., pp. 179–193.
8. Lee J. Markowitz and Christine Purdon. *Predictors and Consequences of suppressing obsessional thoughts*. UK. J.: Behavioural and cognitive psychotherapy. Vol. 36, № 2, march 2008., pp. 179–192.
9. Patterson C.H. *Diagnosis and rational psychotherapy*. Journal of Nervous and Mental Disorders, 1949. № 109. pp. 440–450
10. Veale D., Willson R. *Overcoming obsessive compulsive disorder*. London. Constable & Robinson Ltd. 2005. 351 p.
11. Психотерапевтическая энциклопедия/ Под ред. Б.Д. Карвасарского – 3-изд. Перераб. Идоп. – СПб.: Питер, 2006. – С. 695–700.
12. Guy W. *Clinical Global Impression (CGI)*. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. 1976. Rockville, MD, U.S. Department of Health, Education, and Welfare. - URL: http://www.servier.com/App_Download/Neurosciences/Echelles/CGI.pdf. Дата обращения 30.10.2010.
13. Grant S., Aitchison T., Henderson E., Christie J., Zare S., McMurray J., Dargie H. *A Comparison of the Reproducibility and the Sensitivity to Change of Visual Analogue Scales, Borg Scales, and Likert Scales in Normal Subjects During Submaximal Exercise*. 2010. – URL: <http://chestjournal.chestpubs.org/content/116/5/1208>. Дата обращения 30.10.2010.
14. Психологические тесты/ Под ред. А.А. Карелина: В 2 т. – М.: Гуманит. изд. Центр ВЛАДОС, 1999. – Т. 2., с 19–20.

РЕЗЮМЕ

В статье обобщаются результаты лонгитюдного проспективного, рандомизированного исследования по оценке эффективности восстановительной терапии, осуществляемой методами когнитивно-поведенческой и рациональной психотерапии у больных с обсессивно-компульсивным личностным расстройством. Динамика состояния пациентов оценивалась по показателям шкалы «Глобального клинического впечатления», индексу Сишора и шкале субъективного дискомфорта – до начала терапии, через 2 недели, 1, 3, 6 месяцев и в конце лечения (примерно через 1 год). Установлено, что сочетание методов когнитивно-поведенческой и рациональной коррекции позволяет достигать более высокого качества терапии, чем применение этих методов по отдельности.

Ключевые слова: обсессивно-компульсивное, когнитивно-поведенческая, рациональная, сравнительная эффективность, восстановление, реадaptация.

ABSTRACT

The article summarizes the results of longitudinal prospective, randomized study to evaluate the effectiveness of rehabilitation therapy is done through cognitive-behavioral and rational therapy in patients with obsessive-compulsive personality disorder. Dynamics of the patients was assessed by the scale of the «Global Clinical Impression», an index Syshora and the scale of subjective discomfort – before treatment, after 2 weeks, 1, 3, 6 months and end of treatment (approximately 1 year). Established that the combination of the methods of cognitive-behavioral and rational correction allows to achieve higher quality care than the application of these techniques separately.

Key words: obsessive-compulsive, cognitive-behavioral, rational, comparative effectiveness, rehabilitation, readaptation.

КОНТАКТЫ

Харитонов Сергей Викторович. Домашний адрес: г. Москва, 115142, Кленовый бульвар, 25, корпус 1, кв.97. Служебный адрес: г. Москва, 121069, Борисоглебский переулок, дом 9. Телефон 8 9163775259. e-mail: sergeyhar@mail.ru.