

ЗНАЧЕНИЕ КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ДЛЯ РАЗВИТИЯ МЕТОДОВ ПСИХОТЕРАПИИ (НА ПРИМЕРЕ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ)

А.Б. Холмогорова

Московский научно-исследовательский институт психиатрии

Краткая история исследований эффективности психотерапии

Долгое время главным вопросом дискуссий о статусе психотерапии в медицине был вопрос об эффективности психотерапии как метода лечения психических расстройств. Первые исследования, которые еще в 1930-х годах начали проводить психоаналитики, не предполагали строгих процедур оценки достигнутого эффекта и опирались на внутренние представления о типах расстройств и критериях улучшения. Их результаты были спорными и не вызвали доверия в научных медицинских и психологических кругах, ориентированных на доказательность выводов, опирающихся на операционализированные критерии и независимые экспертные оценки. В 1952 году была опубликована обзорная статья известного ученого – британского клинического психолога Г.Айзенка [15], в которой обосновывался тезис о том, что улучшения, достигаемые в ходе психотерапии, не превышают таковых, возникающих в ходе спонтанной ремиссии и самостоятельного излечения пациентов. В 1950-х годах критика такого рода привела к поиску научной опоры исследований эффективности психотерапии. В этот период происходит оформление основных психотерапевтических школ и исследования принимают более формализованный и организованный характер. Наиболее известное исследование этого периода – Меннингеровский проект, посвященный эффективности долговременного психоанализа. Выводы, сделанные экспертами, были не утешительными – многолетние процедуры лечения приносили эффект не более, чем в 40% случаев.

Со временем на первый план исследований выходит вопрос об эффективности психотерапии вообще, независимо от конкретной ее формы и диагноза пациентов. Последовавший вал исследований дал странный результат для всех, кто прилагал большие усилия в поисках наиболее эффективных методов помощи. Так называемый вердикт птицы Додо фиксирует один из самых дискуссионных фено-

менов в исследованиях психотерапии, согласно которому все виды психотерапии примерно одинаковы по своей эффективности, независимо от техник, которые они используют. Вердикт птицы Додо – одного из героев книги Л.Кэрролла «Алиса в стране чудес» – в оригинале звучит так: «Все выиграли и все заслужили приз». В психотерапию его ввел в 1933 году аналитик Сеул Розенцвейг для обозначения вышеописанного парадоксального феномена. Этот парадокс стимулировал развитие теории общих факторов психотерапии, согласно которой вовсе не специфические техники, а такие факторы как эмпатия, поддержка, общие для всех видов терапии, являются действенными механизмами. Позднее признается методологическая некорректность большинства исследований психотерапии, которые нередко проводились без четкой отнесенности к определенной диагностической категории и учета тяжести расстройства.

В настоящее время в исследованиях эффективности на первом плане стоит вопрос о том, какой вид психотерапии полезен, каким пациентам, в каком объеме и при каких условиях.

Общий тренд развития этих исследований – от теории общих факторов в направлении все более дифференцированного подхода к лечению различных расстройств на основе их научно обоснованных моделей, учитывающих различные механизмы. Таким образом, вердикт птицы Додо отменяется: необходимо доказать свои преимущества, чтобы получить приз в виде государственных вложений и поддержки страховых компаний. Эта тенденция привела к тому, что наибольшее распространение постепенно получили те направления и методы, эффективность которых была доказана исследованиями, проведенными в соответствии с принципами медицины, основанной на доказательствах. Безусловным лидером таких исследований в 1970–1980-х годах становится когнитивно-бихевиоральная психотерапия (КБТ). Это приводит к широкому признанию психотерапии в медицине и победному шествию

КБТ по клиникам и консультативным центрам в разных странах. В наше время КБТ становится психотерапевтическим методом первого выбора при лечении многих психических расстройств в США, в Великобритании NICE (National Institute for Clinical Excellence) в 2009 году поддержал широкое внедрение КБТ в клиническую практику и выделил на эти цели значительные средства, те же тенденции отмечаются и во многих других странах.

О роли классификации DSM-III в развитии научно-обоснованной психотерапии

Итак, взлет доказательных исследований, приведших к широкому признанию эффективности психотерапии, произошел в 1980-х годах в США прежде всего усилиями представителей когнитивно-бихевиорального направления. Одной из важных причин такого взлета стало принятие классификации DSM-III. Как отмечает В. Levis в январском выпуске журнала *Lancet* за текущий год [18], ведущие психиатры того времени называли руководство DSM-III революционной книгой, которая должна привести к модернизации психиатрической диагностики и лечения. Отмечалось, что выделенные категории являются эмпирически более обоснованными, чем в предшествующих классификациях, а критерии их выделения предельно четко операционализированы, что должно привести к резкому возрастанию надежности диагностики. Именно введение классификации с высокой степенью надежности сделало возможным появление метода мета-анализа как способа проверки эффективности тех или иных методов лечения. Этот метод, основанный на обобщении большого количества данных различных исследовательских групп, требовал высокой согласованности в отборе групп и в процедурах исследования. Революционной новая классификация оказалась и для психотерапии – широкое признание психотерапии как действенного метода лечения в 1980–1990 годы связано с построением теоретически и эмпирически обоснованных психологических моделей различных расстройств в опоре на классификации психических расстройств DSM-III, DSM-III-R и DSM-IV. Такие модели служили основой для создания протоколов психотерапевтического лечения и проведения исследований его эффективности на основе RCT-методологии и с привлечением метода мета-анализа.

Таким образом, усовершенствованные классификации психических расстройств во многом способствовали созданию научно обоснованных психологических моделей психических расстройств и, соответственно, научно обоснованных методов психотерапии. Разработка психологических моделей облегчалась четкостью критериев и надежностью диагностики, что позволяло проверить специфичность психологических механизмов того или иного расстройства и предложить специфичные для этого

расстройства интервенции. При этом психологические исследования не всегда подтверждали уже сложившиеся в психиатрии устойчивые диагностические категории. Так произошло с традиционным разделением депрессивных расстройств на психогенные и эндогенные. Исследования показали, что повышенный уровень стресса имеет место при обоих типах депрессии, а психологические механизмы совладания со стрессом, провоцирующие депрессию, фактически идентичны [1, 3].

Споры о самостоятельном статусе тревожных расстройств и основаниях для выделения их в отдельную группу также велись в профессиональном сообществе [2]. Психологические исследования, проведенные под руководством А. Бека и Д. Кларка, способствовали доказательству специфичности ряда психологических механизмов этой группы, отличающих их от депрессивных расстройств [6, 7]. В 1980 годы А. Бек завершил разработку опросника тревоги, позволявшего отделить симптомы собственно тревоги от депрессивной симптоматики, а также представил и описал когнитивную модель тревожных расстройств в известной монографии [5]. В ней дается обоснование специфики тревожных расстройств по сравнению с депрессиями и выделяются общие когнитивные факторы всех тревожных расстройств (например, такие когнитивные искажения как катастрофизация и персонализация, а также различные когнитивные схемы опасности).

При создании психологических моделей отдельных тревожных расстройств наряду с общими или, как принято сейчас их называть, трансдиагностическими факторами и механизмами, были обнаружены достаточно специфичные факторы и механизмы панического расстройства, генерализованного тревожного расстройства, социальной фобии, обсессивно-компульсивного расстройства, посттравматического расстройства, что позволило значительно повысить эффективность психологического вмешательства при их лечении. Таким образом, введение классификации DSM-III облегчило психотерапевтам диалог с психиатрами ввиду четкого очерчивания диагностических категорий и возможности применения более точных математических методов. Важно подчеркнуть и другую сторону вопроса: не только биологические маркеры и клинические характеристики, но и психологические модели, получившие эмпирическую проверку, могут вскрывать патогенетические механизмы и быть основой для выделения и сохранения тех или иных диагностических единиц в классификации.

Создание и проверка психологических моделей тревожных расстройств как один из возможных путей верификации диагностических категорий

Все вместе тревожные расстройства занимают первое место по эпидемиологической значимости. Первые попытки оценить экономическое бремя

тревожных расстройств в международной практике относятся к 1990 годам. Они не подтвердили гипотезу о том, что депрессия является безусловным лидером среди других расстройств по этому критерию. Потери, связанные с заболеваемостью тревожными расстройствами, оказались вполне сопоставимыми с экономическим бременем депрессии [16]. Эпидемиологические исследования согласовано подтверждают, что тревожные расстройства являются самыми распространенными среди населения. Эксперты делают важный вывод о недооценке специалистами распространенности тревожных расстройств и недостаточном внимании к их тяжелым последствиям [9].

Коротко напомним историю классификации тревожных расстройств.

- В 1894 году З.Фрейд дал первое описание тревожного невроза, указал на его связь с агорафобией и основные отличия от неврастении, обозначил особый статус простых фобий.

- В первых американских классификациях DSM-I и DSM-II выделяется тревожный невроз (плавающая тревога) и фобический невроз, связанный с конкретными объектами.

- В МКБ-9 выделяются группы тревожных и фобических неврозов.

- В DSM-III впервые выделяется отдельный кластер тревожных расстройств с отказом от термина невроз. Тревожный невроз был разделен на панические атаки и генерализованное тревожное расстройство, а фобический невроз на агорафобию, социальную фобию и простые фобии.

- По аналогии с американской классификацией в МКБ-10 тревожные расстройства также выделяются в отдельный кластер.

Параллельно с дифференциацией тревожных расстройств на все большее количество категорий происходит разработка специфических психологических моделей этих расстройств. После выхода DSM-III и появления кластера тревожных расстройств уточнялись психологические механизмы отдельных из них по мере углубления в феноменологию и эмпирическую проверку валидности тех или иных критериев. Корректировка критериев происходила от DSM-III к ее переходной версии DSM-III-R и, наконец, к DSM-IV. Когнитивно-бихевиоральное сообщество сыграло значительную роль в верификации выделенных в классификации категорий путем уточнения феноменологических и количественных критериев, выделения специфических психологических механизмов отдельных тревожных расстройств и разработки патогенетических, то есть соответствующих выделенным механизмам методов лечения.

Это можно проиллюстрировать на примере генерализованного тревожного расстройства (ГТР). Немало противоречий было связано с поиском наиболее адекватных критериев выделения, начиная с введения этого расстройства в американскую классификацию DSM-III в 1980 году и вплоть до нашего времени.

Менялись феноменологические критерии, отражающие характер беспокойства: от первоначального акцента на постоянстве и нереалистичности опасений к акценту на их чрезмерности и преувеличенности, а также трудности контроля над ними. В феноменологическом отношении наиболее важным изменением представляется признание того, что содержание беспокойства при ГТР может быть достаточно реалистичным и мало отличаться от такового у здоровых людей, зато имеют место большие трудности контроля и преувеличенность опасений. Для этого вывода понадобилось провести сравнение характера беспокойства у здоровых людей и у страдающих ГТР.

Менялись также количественные критерии, отражающие длительность состояния беспокойства: от одного месяца (DSM-III) до шести (DSM-III-R; DSM-IV), а в DSM-V длительность опять снижена до трех месяцев во избежание «потерь» при диагностике этого сложного для лечения и наиболее тяжелого по количеству дней нетрудоспособности психического расстройства. Появились данные исследований о том, сколько времени в течение суток больной проводит в состоянии беспокойства. Оказалось, что в среднем шесть часов, то есть почти целый рабочий день люди с ГТР переживают беспокойство, что в несколько раз больше по сравнению со здоровыми, но склонными к беспокойству людьми.

В поиске специфических психологических механизмов при генерализованной тревоге исследователями было введено специальное понятие, характеризующее специфику тревоги этих больных – *worry* – беспокойство. Группой канадских исследователей под руководством Михаэля Дагаса была выдвинута гипотеза, что в основе генерализованной тревоги может лежать такая психологическая особенность как очень низкая толерантность к неопределенности (*intolerance of uncertainty*) [10–13]. Конечно, эта особенность свойственна и другим тревожным расстройствам, однако уже в первом эмпирическом исследовании выяснилось, что больные ГТР отличаются более низкой толерантностью к неопределенности, чем группа пациентов с другими тревожными расстройствами, включавшая обсессивно-компульсивное и паническое расстройства, социальную фобию и посттравматическое стрессовое расстройство [17]. Разумеется, оказалось также, что в группе перечисленных тревожных расстройств толерантность к неопределенности ниже, чем в выборке психически здоровых.

Позднее была поставлена задача сравнения уровня толерантности к неопределенности при ГТР и других тревожных расстройствах в отдельности. Например, было показано, что при паническом расстройстве показатели толерантности к неопределенности выше, чем при ГТР, причем в обеих группах они высоко коррелировали с уровнем беспокойства, но не с выра-

женностью симптомов паники у больных паническим расстройством [13]. По мнению авторов исследования, это указывает на внутреннюю связь низкой толерантности к неопределенности со склонностью к беспокойству (worry), как специфической формой тревоги, которая может быть в разной степени выражена у больных с разными тревожными расстройствами, но всегда является высокой и определяющей специфику состояния у больных с ГТР. На основе этой модели был разработан протокол когнитивно-бихевиоральной терапии с доказанной эффективностью, в котором низкая толерантность к неопределенности является одной из ведущих мишеней [14] (подробнее о психологических моделях и методах психотерапии ГТР см. [4]).

В современной культуре отмечается патоморфоз психических расстройств: по данным американских исследователей социальная фобия (СФ) вышла на первое место среди тревожных расстройств и на третье среди всех психических расстройств в США [19]. Тем не менее, так же как и ГТР, социальная фобия получила статус отдельного расстройства лишь с выходом DSM-III, то есть в 1980 году, хотя еще в 1903 году П.Жане было введено само понятие социальной фобии. В 1983 году клинический психолог Р.Хаймберг получает грант от Института психического здоровья США на исследование этого расстройства. В 1985 году выходит его совместная статья с психиатром М.Либовицем под названием «Расстройство, которым до сих пор несправедливо пренебрегали». Последующие исследования подтвердили высокую распространенность, резистентность к лечению и тяжелые негативные последствия этого тревожного расстройства. Наиболее распространенные коморбидные расстройства, такие как алкогольная зависимость, панические атаки, депрессия, плохо поддаются терапии, если не выявлено и не стало специальным предметом терапии основное расстройство – социальная фобия.

В процессе исследований получили подтверждение основные гипотезы когнитивной модели социальной фобии или в терминах DSM – социального тревожного расстройства [8]:

- Пациенты с СФ в социальных ситуациях, вызывающих у них тревогу, чрезмерно фокусируются на себе (физических проявлениях тревоги и негативных образах себя), на основании этого они делают ложные выводы о том, какими они представляются окружающим.

- Пациенты с СФ в социальных ситуациях, вызывающих у них тревогу, хуже воспринимают внешние сигналы, при этом они искажают информацию в негативном ключе и припоминают обстоятельства, которые легче интерпретировать в духе отвержения.

- Избегание прямого контакта или так называемое «охраняющее» поведение – safety behavior и фокусировка на себе не позволяют им получить позитивный опыт общения и снизить тревогу, кроме того они оказывают реальное негативное влияние на социальное взаимодействие и приводят к подтверждению опасений о своей недостаточной привлекательности для окружающих.

- До наступления пугающего их социального события пациенты с СФ переживают антиципирующую тревогу, во время него – острую тревогу с фокусировкой на ее проявлениях, а после него подвергают все детали продолжительному, искаженному анализу – руминации.

Авторы модели говорят о «трех ударах» по социальному взаимодействию при СФ: «до контакта, в процессе и после». На основе этой модели разработаны протоколы индивидуальной и групповой когнитивно-бихевиоральной психотерапии с доказанной эффективностью [20].

Методы КБТ отдельных тревожных расстройств прошли проверку на эффективность на основе RCT-методологии, эффективность ряда из них в лечении тревожных расстройств сопоставима с эффективностью медикаментозной терапии. Это стало возможным, благодаря созданию научно обоснованных и проверенных эмпирическим путем когнитивных моделей тревожных расстройств на основе диагностических категорий, выделенных в современных классификациях.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. Классификация психических расстройств – важнейшая основа развития новых психологических моделей психических расстройств и методов психотерапии. Для разработки и проверки научно обоснованных моделей и методов необходима надежная классификация с четкими клиническими феноменологическими критериями.

2. Психологические исследования и психотерапия, в свою очередь, вносят важный вклад в верификацию существующих диагностических категорий, уточнение их феноменологических критериев и психологических механизмов, а также разработку патогенетических методов лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. М.: Север, 1933. 143 с.
2. Гараян Н.Г. Депрессия и личность: обзор зарубежных исследований. Часть I // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 19, № 1. С. 79–89.
3. Гараян Н.Г. Депрессия и личность: обзор зарубежных исследований, часть II // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 19, № 3. С. 80–92.
4. Семке В.Я. Основы персонологии. М.: Академический проект, 2001. 476 с.
5. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Читлова В.В. Расстройства личности и депрессия // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2012. № 9. С. 4–11.
6. Степанов И.Л., Вакман А.В. Особенности течения циркулярных депрессий у больных с сопутствующим личностным расстройством // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23, № 4. С. 32–36.

7. Akiskal H.S., Hirschfeld R.M., Yerevanian B.I. The relationship of personality to affective disorders // *Arch. Gen. Psychiatry*. 1983. Vol. 40. P. 801–810.
8. Altindag A., Yanik M., Nebioglu M. Comorbid personality disorders in subjects with bipolar I disorder // *Int. J. Psychiatr. Clin. Pract.* 2006. Vol. 10, N 1. P. 33–37.
9. Bagby R.M., Psych C., Quilty L.C., Ryder A.C. Personality and depression // *Can. J. Psychiatry*. 2008. Vol. 53, N 1. P. 14–25.
10. Bagby R.M., Ryder A.G., Schuller D.R. Depressive personality disorder: a critical overview // *Curr. Psychiatr. Rep.* 2003. Vol. 5, N 1. P. 16–22.
11. Bajaj P., Tyrer P. Managing mood disorders and comorbid personality disorders // *Current Opinions in Psychiatry*. 2005. Vol. 18, N 1. P. 27–31.
12. Bieling P.J., MacQueen G.M., Marriot M.J. et al. Longitudinal outcome in patients with bipolar disorder assessed by life-charting is influenced by DSM-IV personality disorder symptoms // *Bipolar Disord.* 2003. Vol. 5. P. 14–21.
13. Bielski R.J., Friedel R.O. Prediction of tricyclic antidepressant response: a critical review // *Arch. Gen. Psychiatry*. 1976. Vol. 33. P. 1479–1489.
14. Bock C., Bukh J.D., Vinberg M. et al. The influence of comorbid personality disorder and neuroticism on treatment outcome in first episode depression // *Psychopathology*. 2010. Vol. 43. P. 197–204.
15. Brieger P., Ehrt U., Bloehink R. et al. Consequences of comorbid personality disorders in major depression // *J. Nerv. Ment. Dis.* 2002. Vol. 190, N 5. P. 304–309.
16. Brieger P., Ehrt U., Marneros A. Frequency of comorbid personality disorders in bipolar and unipolar affective disorders // *Compr. Psychiatr.* 2003. Vol. 44, N 1. P. 28–34.
17. Carpenter D., Clarkin J.F., Glick I.D., Wilner P.J. Personality pathology among married adults with bipolar disorder // *J. Affect. Disord.* 1995. Vol. 34. P. 269–274.
18. Cyranowski J.M., Frank E., Winter E. et al. Personality pathology and outcome in recurrently depressed women over 2 years of maintenance interpersonal psychotherapy // *Psychol. Med.* 2004. Vol. 34, N 4. P. 659–669.
19. Ekselius L., von Knorring L. Personality disorder comorbidity with major depression and response to treatment with sertraline or citalopram // *Int. Clin. Psychopharmacol.* 1998. Vol. 13, N 5. P. 205–211.
20. Fan A.H., Hassell J. Bipolar disorder and comorbid personality psychopathology: a review of the literature to examine the prevalence of personality disorder comorbidity in bipolar disorder and examine the effects of this comorbidity on bipolar disorder patients // *J. Clin. Psychiatry*. 2008. Vol. 69, N 11. P. 1794–803.
21. Fava M., Farabaugh A.H., Sickinger A.H. et al. Personality disorders and depression // *Psychol. Med.* 2002. Vol. 32, N 6. P. 1049–1057.
22. George E.L., Miklowitz D.J., Richards J.A. et al. The comorbidity of bipolar disorder and axis II personality disorders: prevalence and clinical correlates // *Bipolar Disord.* 2003. Vol. 5, N 2. P. 115–122.
23. Germans S., Van Heck G.L., Hodiament P.P. Results of the search for personality disorder screening tools: clinical implications // *J. Clin. Psychiatry*. 2012. Vol. 73, N 2. P. 165–173.
24. Gocher S., Gupta L.N., Singhal A.K. et al. Major Depressive Disorder: Part-I: Personality and Phenomenology // *Delhi Psychiatr. J.* 2010. Vol. 13, N 2. P. 275–281.
25. Gorwood P., Rouillon F., Even C. et al. Treatment response in major depression: effects of personality dysfunction and prior depression // *Br. J. Psychiatry*. 2010. Vol. 196. P. 139–142.
26. Grant B.F., Stinson F.S., Dawson D.A. Prevalence and co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions // *Arch. Gen. Psychiatry*. 2004. Vol. 61. P. 361–368.
27. Grilo C.M., McGlashan T.H., Skodol A.E. Stability and course of personality disorders: the need to consider comorbidities and continuities between axis I psychiatric disorders and axis II personality disorders // *Psychiatr. Q.* 2000. Vol. 71. P. 291–309.
28. Grilo C.M., Stout R.L., Markowitz J.C. et al. Personality disorders predict relapse after remission from an episode of major depressive disorder: a 6-year prospective study // *J. Clin. Psychiatry*. 2010. Vol. 71, N 12. P. 1629–1635.
29. Gunderson J.G., Stout R.L., McGlashan T.H. et al. Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and functioning from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study // *Arch. Gen. Psychiatry*. 2011. Vol. 68. P. 827–837.
30. Hasin D.S., Goodwin R.D., Stinson F.S., Grant B.F. Epidemiology of major depressive disorder results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions // *Arch. Gen. Psychiatry*. 2005. Vol. 62. P. 1097–1106.
31. Huang Y., Kotov R., de Girolamo G. et al. DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys // *Br. J. Psychiatry*. 2009. Vol. 195. P. 46–53.
32. Huprich S.K. What should become of depressive personality disorder in DSM-V? // *Harv. Rev. Psychiatr.* 2009. Vol. 17, N 1. P. 41–59.
33. Ingenhoven T., Lafay P., Rinne T. et al. Effectiveness of pharmacotherapy for severe personality disorders: meta-analyses of randomized controlled trials // *J. Clin. Psychiatry*. 2010. Vol. 71. P. 14–25.
34. Joyce P.R., McKenzie J.M., Carter J.D. et al. Temperament, character and personality disorders as predictors of response to interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioural therapy for depression // *Br. J. Psychiatry*. 2007. Vol. 190. P. 503–508.
35. Klein D.N., Kotov R., Bufferd S.J. Personality and depression: explanatory models and review of the evidence // *Ann. Rev. Clin. Psychol.* 2011. Vol. 7. P. 269–295.
36. Kool S., Dekker J., Duijsens I.J. et al. Efficacy of combined therapy and pharmacotherapy for depressed patients with or without personality disorders // *Harv. Rev. Psychiatr.* 2003. Vol. 11, N 3. P. 133–141.
37. Kool S., Schoevers R., de Maat S. et al. Efficacy of pharmacotherapy in depressed patients with and without personality disorders: a systematic review and meta-analysis // *J. Affect. Disord.* 2005. Vol. 88. P. 269–278.
38. Kraepelin E. *Manic-Depressive Insanity and Paranoia*. Edinburgh: E.&S. Livingstone, 1921. 280 p.
39. Kraepelin E. *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. Siebente, vielfach umgearbeitete Auflage. II. Band. *Klinische Psychiatrie*. Leipzig: Barth Verlag, 1904. 892 s.
40. Kretschmer E. *Körperbau und Charakter. Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten*. Berlin: Springer, 1921. 371 s.
41. Kronmuller K., Backenstrass M. Typus melancholicus personality type and the five-factor model of personality // *Psychopathology*. 2002. Vol. 35, N 2. P. 327–334.
42. Lenzenweger M.F. Epidemiology of personality disorders // *Psychiatr. Clin. North. Am.* 2008. Vol. 31, N 3. P. 395–403.
43. Lenzenweger M.F., Lane M., Loranger A.W. et al. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) // *Biol. Psychiatry*. 2007. Vol. 62. P. 553–564.
44. Levenson J.C., Wallace M.L., Fournier J.C., Rucci P., Frank E. The role of personality pathology in depression treatment outcome with psychotherapy and pharmacotherapy // *J. Consult. Clin. Psychol.* 2012. Vol. 80, N 5. P. 719–729.
45. Leverich G.S., Altshuler L.L., Frye M.A. et al. Factors associated with suicide attempts in 648 patients with bipolar disorder in the Stanley Foundation Bipolar Network // *J. Clin. Psychiatry*. 2003. Vol. 64. P. 506–515.
46. Magill C.A. The boundary between borderline personality disorder and bipolar disorder: current concepts and challenges // *Can. J. Psychiatry*. 2004. Vol. 49, N 8. P. 551–556.
47. Markowitz J.C., Skodol A.E., Petkova E. Longitudinal effects of personality disorders on psychosocial functioning of patients with major depressive disorder // *J. Clin. Psychiatry*. 2007. Vol. 68, N 2. P. 186–193.
48. McKenzie J.M., Mulder R.T., Frampton C.M., Joyce P.R. Patient predictors of response to cognitive behaviour therapy and interpersonal psychotherapy in a randomised clinical trial for depression // *J. Affect. Disord.* 2011. Vol. 128. P. 252–261.
49. Millon T. Further thoughts on the relation of personality and psychopathology // *World Psychiatry*. 2011. Vol. 10. P. 107–108.
50. Moran P., Leese M., Lee T., Walters P., Thornicroft G., Mann A. Standardised Assessment of Personality – Abbreviated Scale (SAPAS): preliminary validation of a brief screen for personality disorder // *Br. J. Psychiatry*. 2003. Vol. 183. P. 228–232.
51. Mulder R.T. Personality pathology and treatment outcome in major depression: a review // *Am. J. Psychiatry*. 2002. Vol. 159. P. 359–371.
52. Newton-Howes G., Tyrer P., Anagnostakis K. et al. The prevalence of personality disorder, its comorbidity with mental state disorders, and its clinical significance in community mental health teams // *Soc. Psychiatr. Epidemiol.* 2010. Vol. 45, N 4. P. 453–460.
53. Newton-Howes G., Tyrer P., Johnson T. Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies // *Br. J. Psychiatry*. 2006. Vol. 188. P. 13–20.
54. Paris J., Gunderson J.G., Weinberg I. The interface between borderline personality disorder and bipolar spectrum disorders // *Compr. Psychiatr.* 2007. Vol. 48, N 2. P. 145–154.
55. Rosenbluth M., Macqueen G., McIntyre R.S., Beaulieu S., Schaffer A. The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid personality disorders // *Ann. Clin. Psychiatry*. 2012. Vol. 24, N 1. P. 56–68.
56. Ruggero C.J., Zimmerman M., Chelminski I. et al. Borderline personality disorder and the misdiagnosis of bipolar disorder // *J. Psychiatr. Res.* 2010. Vol. 44. P. 405–408.
57. Ryder A.G., Bagby R.M., Schuller D.R. The overlap of depressive personality disorder and dysthymia: a categorical problem with a dimensional solution // *Harv. Rev. Psychiatr.* 2002. Vol. 10, N 6. P. 337–352.
58. Skodol A.E., Grilo C.M., Keyes K.M. et al. Relationship of personality disorders to the course of major depressive disorder in a nationally

- representative sample // *Am. J. Psychiatry*. 2011. Vol. 168, N 3. P. 257–264.
59. Skodol A.E., Grilo C.M., Pagano M.E. et al. Effects of personality disorders on functioning and well-being in major depressive disorder // *J. Psychiatr. Pract.* 2005. Vol. 11. P. 363–368.
 60. Skodol A.E., Gunderson J.G., Shea M.T. et al. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): overview and implications // *J. Pers. Disord.* 2005. Vol. 19, N 5. P. 487–504.
 61. Stahl S.M. *Stahl's Essential Psychopharmacology. Neuroscientific Basis and Practical Applications*. 4th ed. Cambridge University Press, 2013. 626 p.
 62. Stoffers J., Völm B.A., Rücker G. et al. Pharmacological interventions for borderline personality disorder // *Cochrane Database Syst Rev*. 2010:CD005653.
 63. Tamam L., Ozpoyraz N., Karatas G. Personality disorder comorbidity among patients with bipolar I disorder in remission // *Acta Neuropsychiatr.* 2004. Vol. 16. P. 175–180.
 64. Tang T.Z., DeRubeis R.J., Hollon S.D. et al. Personality change during depression treatment: a placebo-controlled trial // *Arch. Gen. Psychiatry*. 2009. Vol. 66. P. 1322–1330.
 65. Tellenbach H. *Melancholie. Problemgeschichte, Endogenität, Typologie, Pathogenese, Klinik*. Heidelberg, New York, Berlin: Springer Verlag, 1961. 280 s.
 66. Tyrer P., Mulder R., Crawford M., Newton-Howes G. et al. Personality disorder: a new global perspective // *World Psychiatry*. 2010. Vol. 9. P. 56–60.
 67. Verheul R., Widiger T.A. A meta-analysis of the prevalence and usage of the personality disorder not otherwise specified (PDNOS) diagnosis // *J. Pers. Disord.* 2004. Vol. 18. P. 309–319.
 68. Vieta E., Colom F., Martinez-Aran A. et al. Bipolar II disorder and comorbidity // *Compr. Psychiatr.* 2000. Vol. 41. P. 339–343.
 69. von Zerssen D. Zur prämorbiden Persönlichkeit des Melancholikers // *Depressionskonzepte heute: Psychopathologie oder Pathopsychologie?* / C.Mundt, P.Fiedler, H.Lang, A.Kraus (Eds.). Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag, 1991. S. 76–94.
 70. Waraich P., Goldner E.M., Somers J.M., Hsu L. Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature // *Can. J. Psychiatry*. 2004. Vol. 49, N 2. P. 124–138.
 71. Zimmerman M., Chelminski I., Young D. The frequency of personality disorders in psychiatric patients // *Psychiatr. Clin. North Am.* 2008. Vol. 31, N 3. P. 405–420.

ЗНАЧЕНИЕ КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ДЛЯ РАЗВИТИЯ МЕТОДОВ ПСИХОТЕРАПИИ (НА ПРИМЕРЕ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ)

А.Б. Холмогорова

Рассматривается история исследований эффективности психотерапии и выделяется ее главная тенденция - от общих факторов эффективности к их дифференцировке в зависимости от конкретного расстройства. Показано, как появление классификаций с операционализированными критериями, повысив надежность и согласованность диагностики, способствовало качественному сдвигу в разработке новых методов психотерапии и в исследованиях эффективности психотерапии в 1980-е гг. Обосновывается ведущая роль когнитивно-бихевиоральной психотерапии в этом процессе. На при-

мере тревожных расстройств рассматривается роль разработки научно-обоснованных психологических моделей расстройств в дальнейшем совершенствовании не только методов психотерапии, но и классификации психических расстройств.

Ключевые слова: эффективность психотерапии, классификация психических расстройств DSM-III, когнитивно-бихевиоральная психотерапия, психологические модели психических расстройств, генерализованное тревожное расстройство, социальная фобия, верификация диагностических категорий.

THE ROLE OF CLASSIFICATION OF MENTAL DISORDERS FOR DEVELOPMENT OF PSYCHOTHERAPEUTIC METHODS (ON EXAMPLE OF ANXIETY DISORDERS)

A.B. Kholmogorova

The author reviews the history of research on efficacy of psychotherapies and points to the noticeable tendency: from general factors of efficacy to more differentiated ones, depending on specific disorder. The author states that appearance in the past classifications with operational criteria increased the reliability and consistency of diagnosis and contributed to a qualitative shift in development of new therapies and in investigations of efficacy of psychotherapy in the 80s. The author emphasizes the leading role of cognitive-

behavioral therapy in this process. On example of anxiety disorders, the author shows the importance of well-grounded psychological models for disorders for further improvement of both therapies and classification of mental disorders.

Key words: efficacy of psychotherapy, Classification of Mental Disorders DSM-III, cognitive-behavioral therapy, psychological models of mental disorders, generalized anxiety disorder, social phobia, verification of diagnostic categories.

Холмогорова Алла Борисовна – профессор, доктор психологических наук, руководитель лаборатории клинической психологии и психотерапии ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: psytab2006@yandex.ru