

Точность против гибкости в применении психотерапии: время двигаться дальше

В психотерапии понятие точности относится к тому, насколько по назначению применяются методы лечения, включая в себя приверженность лечению (то, насколько предписанные в начале лечения интервенции были проведены) и компетентность (квалификация, с которой они были применены).

Считается, что точность лечения позитивно соотносится с его исходом. Данное предположение основывается на сравнении с лекарственными препаратами, согласно которому существует положительная корреляция между «дозой» «активного вещества» и исходом в любом конкретном случае лечения. То, насколько психотерапевты используют специфические полученные через теорию техники и вмешательства, должно напрямую соотноситься с лучшими исходами, например, как при сопротивлении навязчивым мыслям в когнитивно-поведенческой терапии или при работе с переносом в психодинамической психотерапии.

Однако, на данный момент согласно наиболее комплексному мета-анализу, точность может играть очень малую роль в обосновании исхода при различных способах лечения, если она играет какую-либо роль вообще¹. В защиту гипотезы точности, в данном мета-анализе также была обнаружена значительная гетерогенность исследований в отношении точности и терапевтического исхода. Более поздние исследования и мета-анализы также не были убедительными.

Предостерегает нас от поспешных выводов также и недоверие оценок точности психотерапии и ограниченное количество методов ее измерения, поскольку терапевтов в клинических исследованиях тщательно отбирают, тренируют и наблюдают за ними. Более того, терапевтический альянс и характеристики пациента являются важными модераторами соотношения точность – исход¹. Несмотря на это, нехватка надежных связей между точностью и исходом заставляет сомневаться в ключевом предположении доминирующего подхода к разработке основанной на доказательствах психотерапии, а именно, в том, что использование определенных техник жизненно необходимо для благоприятного исхода^{2,3}.

В ответ, были разработаны более гибкие, трансдиагностические и модульные подходы, которые могут быть как минимум столь же эффективны как «специализированное» лечение, сфокусированное на меньшем количестве специфичных для отдельных проблем техник и вмешательств^{4,5}. Некоторые исследователи выступают за подход «снизу-вверх» в разработке основанных на доказательствах методов психотерапии, суть которого заключается в тщательном изучении того, как психотерапия предоставляется, и акцентировании внимания на профессиональной компетентности в таких важных моментах как создание терапевтического альянса и предоставление убедительного обоснования лечения³.

Однако существуют неопровержимые доказательства значения точности на уровне системного внедрения. Точность при предоставлении программной помощи на уровне организаций по охране психического здоровья (таких как Программа Улучшения Доступа к Психологической Терапии в Великобритании) продемонстрировало высокую эффективность и объясняла от 11 до 42% вариантов исходов⁶. Длительная психотерапия при пограничном расстройстве личности была в три раза менее эффективной при плохом исполнении по сравнению с оптимальным лечением⁷. Полученные данные указывают на необходимость соблю-

дения точности не только на уровне терапевта, но и на уровне терапевтической команды, менеджмента и более широкого социокультурного контекста⁸.

Неоднозначные результаты исследований, касающиеся точности в протоколах лечения, подчеркивают важные задачи для разработки методов психотерапии в будущем. Ключевая проблема соблюдения точности в том, что пациенты не могут быть легко вписаны в клинические категории, для которых предписаны основанные на доказательствах методы психотерапии. Наличие коморбидной патологии является обычным явлением, и это требует гибкости для эффективности предоставляемой психотерапии.

Вдобавок, большинство специализированных методов лечения сфокусированы лишь на ограниченном количестве механизмов для решения терапевтических вопросов перед фактической значительной гетерогенностью внутри диагностических категорий. Существует растущее количество доказательств того, что фактор общей психопатологии (или «п-фактор») может отражать пока еще не определенный аспект всех психических расстройств⁸.

С этой позиции трансдиагностические, модульные и включающие общий фактор подходы могут иметь значительное преимущество перед моделями, в которых упор делается на ограниченное количество конкретных факторов. Недавние исследования и правда показывают, что гибкость приверженности терапевта (способность гибко адаптировать лечение к пациенту, что может потребовать использования вмешательств из других подходов и модальностей терапии) может быть ассоциирована с лучшими исходами⁹.

С другой стороны, терапевты, использующие строго специализированный метод, могут начать придерживаться его еще сильнее с пациентами, демонстрирующими отрицательный ответ. Это может объяснить негативную связь между точностью и исходами, о которой сообщают некоторые исследования. Поскольку такие терапевты, строго придерживаясь своей модели лечения, могут не проработать специфические проблемы пациента лишь из-за того, что данная модель не нацелена на работу с такими¹.

В отсутствие четких рекомендаций по адаптации методов терапии к специфическим чертам пациента, терапевты приспособливают свои методы под пациента по большей части интуитивно. При этом терапевты используют общие и частные интервенции, которые они «заимствовали» из различных протоколов лечения. Существующая нехватка специфичности позволяет думать о центральной роли некоторых общих механизмов действия любой терапии, которые, несмотря ни на что, все же основаны на возможности изменений посредством межличностного взаимодействия.

Все эффективные методы лечения могут включать в себя элементы, которые открывают индивиду путь к социальному обучению, которое зависит от доверия к человеку, предоставляющему информацию. Терапевтический альянс может быть важным модератором отношения точность-исход¹, поскольку терапевт устанавливает эпистемологическое доверие, которое приводит в движение процесс открытости к адаптивному обучению в условиях терапии и за ее пределами.

Положение дел на данный момент отражает наше непонимание того, как сформировать протоколы лечения относительно точно описанных социальных и психологических факторов, играющих роль в истории каждого конкретного пациента. Более того, для развития инновационных психо-

социальных методов лечения необходимо улучшение понимания биопсихосоциальных механизмов, лежащих в основе психических расстройств. В отличие от соматических заболеваний, распространенность психических расстройств в целом не поменялась за последние 30-40 лет. Терапевтические процедуры могут уменьшить дистресс, он они не могут излечить, а также имеет место недостаток признанных профилактических вмешательств.

В заключение надо сказать, что необходимость гибкого отношения к лежащим в основе психологическим механизмам у конкретного пациента может быть ключевым фактором в объяснении слабой связи точности и исхода в психотерапии, основанной на доказательном подходе. В идеале такой гибкий подход должен быть частью гармоничного, последовательного и непрерывного организационного контекста.

Необходимо больше исследований для идентификации трансдиагностических и междисциплинарных механизмов, играющих роль в появлении и персистенции психопатологии. Более того, необходимы усилия для перевода новообретенных знаний о таких механизмах в разработку методов лечения.

И, наконец, обучение психотерапевтов должно быть более сфокусировано на гибкости в плане приверженности лечению и адаптации лечения под черты конкретного пациента. Несмотря на то, что это может сделать процесс обучения более сложным и длительным, и, следовательно, более дорогим, впоследствии это способно увеличить эффективность и снизить стоимость терапии.

Peter Fonagy¹, Patric Luyten^{1,2}

¹Research Department of Clinical, Educational and Health Psychology, University College London, London, UK;

²Faculty of Psychology and Educational Sciences, KU Leuven, Leuven, Belgium

Перевод: Скугаревская Т.О. (Минск)

Редактура: к.м.н. Северова Е.А. (Смоленск)

Fonagy P, Luyten P Fidelity vs. flexibility in the implementation of psychotherapies: time to move on. *World Psychiatry* 2019;18(3):270-271.

Библиография

1. Webb CA, Derubeis RJ, Barber JP. *J Consult Clin Psychol* 2010;78:200–11.
2. Leichsenring F, Salzer S, Hilsenroth MJ et al. *Curr Psychiatry Rev* 2011;7:313–21.
3. Laska KM, Gurman AS, Wampold BE. *Psychotherapy* 2014;51:467–81.
4. Marchette LK, Weisz JR. *J Child Psychol Psychiatry* 2017;58:970–84.
5. Barlow DH, Farchione TJ, Bullis JR et al. *JAMA Psychiatry* 2017;74:875–84.
6. Clark DM. *Annu Rev Clin Psychol* 2018;14:159–83.
7. Bales DL, Timman R, Luyten P et al. *Personal Ment Health* 2017;11:266–77.
8. Fonagy P, Luyten P, Bateman A. *JAMA Psychiatry* 2017;74:316–7.
9. Katz M, Hilsenroth MJ, Gold JR et al. *J Couns Psychol* 2019;66:94–103.

DOI: 10.1002/wps.20657

Пятифакторная модель структуры личности: обновление

Пятифакторная модель (ПФМ) общей структуры личности состоит из пяти крупных доменов: нейротизма (или эмоциональной нестабильности vs эмоциональной стабильности), экстраверсии (противоположный полюс – интроверсия), открытости новому опыту (или оригинальности), дружелюбия (противоположный полюс – антагонизм) и сознательности (или сдержанности vs расторможенности). Каждый из этих факторов включает в себя более конкретные грани (например, легковверный против циничного, кроткий против агрессивного, мягкосердечный против черствого и бескорыстный против эксплуатирующего – это грани, составляющие фактор сотрудничества с противоположным полюсом – обособленностью).

Корни ПФМ восходят к лексической парадигме, основанной на веском предположении, что являющееся предметом наибольшей важности, интереса или значимости для людей при описании ими самих себя или других будет зафиксировано в их языке. Фундаментальные уровни личности раскрываются по мере того, как человек использует все больше слов для описания оттенков, вариаций и нюансов соответствующего уровня. Естественная, имманентная структура личности определяется эмпирическим взаимодействием между понятиями, обозначающими ее черты, и в структуре английского языка удачным образом обозначилась «Большая пятерка» таких факторов. «Большая пятерка» также была воспроизведена в немецком, чешском, нидерландском, филиппинском языках, иврите, а также венгерском, итальянском, корейском, польском, русском*, испан-

ском и турецком, хотя показатели воспроизводимости уровней нейротизма и открытости оказались не столь высокими, как у сотрудничества, экстраверсии и осознанности¹.

Для ПФМ как структурной модели личности имеется значительная эмпирическая поддержка, включая многофакторную генетику поведения, предпосылки в детском возрасте, стабильность во времени на протяжении всей жизни, поддержку со стороны когнитивной нейронауки и кросс-культурную воспроизводимость¹. Также в большом количестве эмпирических работ была показана эффективность применения ПФМ для прогнозирования значительно числа важных жизненных исходов, как позитивных, так и негативных². Сuijpers и соавторы³ сопоставляли экономические издержки от нейротизма по ПФМ (обращения за медицинской помощью в первичном и вторичном звеньях психиатрических служб, прямые личные расходы и производственные потери) с издержками, ассоциированными с распространенными психическими расстройствами (в том числе с расстройствами настроения, тревожными расстройствами, расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ и соматическими расстройствами). Экономические издержки от нейротизма оказались приблизительно в 2,5 раза выше, чем те, что были связаны с распространенными психическими расстройствами.

Принимая во внимание, что «Большая пятерка» охватывает описание практически любой черты личности на том или ином языке, неудивительно, что ПФМ учитывает

* Исследования Пятифакторной модели на русском языке проводились в рамках диссертационной работа д.п.н. Шмелева А.Г. (см. подробнее Шмелев А.Г. Психодиагностика личностных черт. – М.: Речь, 2002. – 480 с.) [Примечание редактора перевода]