

Опросник самоотчета (Self-Reporting Questionnaire)), могут вернуться в моду. Дименсональные измерения в конкретных областях, такие как Опросник здоровья пациента – 9 (Patient Health Questionnaire – 9, PHQ-9) для симптомов депрессии, уже являются наиболее часто сообщаемыми результатами. Таким образом, нам не нужно определять нашу «целевую» группу на основе их базового «диагноза», опираясь на существующие системы классификации.

Нам все еще нужно выяснить, что представляет собой значимое изменение в баллах, и нам, возможно, придется придерживаться относительно произвольных клинических показателей в качестве ответа (например, снижение баллов на 50%, часто используемое в исследованиях депрессии), которые также применяются для других измерений показателей состояния здоровья (например, для артериальной гипертензии), или мы могли бы откалибровать значимое изменение в баллах вопреки определяемым пациентом общим рейтингом, чтобы получить «минимальную клинически значимую разницу»⁶. В свою очередь, результаты могут варьироваться в зависимости от степени тяжести психопатологии; например, на

одной стадии все внимание может быть сфокусировано на переживании симптомов, но при переходе на другую стадию внимание может быть сосредоточено на социальном функционировании.

Другим следствием принятия дименциональных подходов является то, что получение новых видов результатов, поддающиеся удаленному мониторингу, может стать реальностью, например, пассивная оценка цифровых поведенческих маркеров в реальном времени. В этом контексте оценка результатов полезна не только в качестве конечных точек для оценки эффективности психотерапии, но и в качестве динамических точек для принятия решений о выборе тактики лечения, когда могут быть назначены вмешательства разной интенсивности в соответствии с течением расстройства: на ранних стадиях вмешательства низкой интенсивности и более интенсивное лечение для тех, кто в нем нуждается.

Таким образом, переосмысление результатов и целей должно требовать переосмысления характера психических расстройств. Мы должны инвестировать в парадигмы клинических исследований, где используются новые, дименциональные подходы к характеристике этих состояний, пред-

лагая новые подходы к определению целей и результатов. Нынешняя система, которая была основой психиатрических исследований и которая исторически должна была привести к выяснению этиологии, механизмов и методов лечения, привела нас в тупик.

Vikram Patel

Department of Global Health and Social Medicine, Harvard Medical School, Boston, MA, USA

Перевод: Мамедова Г.Ш. (Москва)

Редактура: к.м.н. Резников М.К. (Воронеж)

Vikram Patel. Reimagining outcomes requires reimagining mental health conditions. *World Psychiatry* 2019;18(3): 286-87.

Библиография

1. Cuijpers P. *World Psychiatry* 2019; 18: 276-85.
2. Patel V, Saxena S, Lund C et al. *Lancet* 2018; 392: 1553-98.
3. Fox MD. *N Engl J Med* 2018; 379: 2237-45.
4. Patel V. *PLoS Med* 2017; 14: e1002257.
5. Singla DR, Kohrt BA, Murray LK et al. *Annu Rev Clin Psychol* 2017; 13: 149-81.
6. McGlothlin AE, Lewis RJ. *JAMA* 2014; 312: 1342-3.

DOI: 10.1002 / wps.20662

Процессы терапевтических изменений объединяют и уточняют цели и результаты

Господство модели латентных заболеваний в DSM и МКБ привело к тому, что, как отмечает Cuijpers¹, все внимание сконцентрировано на облегчении симптомов в качестве основной цели и результата психотерапевтических вмешательств.

Клиенты, работодатели, спонсоры и общественность в целом не нуждаются в таком сужении фокуса, сопровождающего психиатрическую нозологию. Как справедливо отмечает Cuijpers¹, есть и другие мишени, и результаты, которые могут быть гораздо важнее: улучшение качества жизни или жизненного функционирования, или экономический результат. К ним мы можем добавить социальные и физические переменные здоровья: снижение межличностного насилия или физические заболевания, связанные с образом жизни.

Cuijpers¹ заключает, что наибольший вес следует уделять мнению пациентов при определении приоритетов в целях и ожидаемых результатах психотерапии. Мы согласны. Но если мы рассмотрим более широкий диапазон результатов вмешательства, будет еще более важно

прояснить, как эмпирически перейти от индивидуальных характеристик к индивидуальным целям, узнав больше о «наборе основанных на теории, динамических, прогрессивных и многоуровневых изменениях, которые происходят в предсказуемых эмпирически установленных последовательностях, ориентированных на желаемые результаты»². Другими словами, нам нужно будет понять процессы терапевтических изменений и связать их с основой эффективного вмешательства.

Основной вопрос современной интервенционной науки: «Какие основные биопсихосоциальные процессы следует сделать потенциальной мишенью у конкретного клиента, ставящего конкретную цель в данной ситуации, и как их можно наиболее эффективно и действительно изменить?»². В этом контексте мы обеспокоены тем, что Cuijpers¹ отвергает процесс изменений и другие «промежуточные результаты». Без фокуса на сам процесс, более широкие взгляды на результат могут привести к еще большей путанице, чем сейчас.

Основываясь на исследованиях медиации (mediation), Cuijpers приходит к

выводу, что «нет никаких доказательств» того, что это поможет достичь ориентирования на процессы изменений. Мы не согласны. Медиация — это только один способ, и традиционный подход к изучению медиации во многих отношениях несовершенен. Процессы изменений являются индивидуальными по своей природе³, и, таким образом, статистические допущения, встроенные в классический анализ медиации, повсеместно нарушаются.

Классическая медиация фокусируется на нескольких процессах, предположительно связанных с результатами линейно, неизменных во времени, без каких-либо петель обратной связи или рекурсивных процессов. Такие неподобные предположения лежат в основе требований необходимости доказать, что не было никаких нарушений временной зависимости между медиаторами и исходами, показать эффект «доза-ответ» или доказать, что никакая третья переменная не может быть задействована. В некоторых ситуациях (например, третьи переменные) нет способа удовлетворения этих требований, а в других (например, вре-

менной) мало что можно рекомендовать, кроме догадок.

Тем не менее, предположительно с научной точки зрения консервативно запрещать публикацию результатов медиации, если эти методологические требования не выполнены. В результате образуется область неведения в основе исследований психотерапии, которая была в некоторой степени произведена искусственно. Психотерапия редко — если вообще когда-либо — является моновариантной, линейной, непрерывной и однонаправленной. Вместо этого психотерапия обычно работает со многими взаимосвязанными переменными, которые образуют динамическую систему нелинейным, двунаправленным, динамическим и сложным образом. Это лучше всего изучать, применяя динамические системы и комплексный сетевой подход⁴. Модели линейной регрессии с несколькими переменными просто нерелевантны.

Точно так же процессы изменения, предположительно, должны быть индивидуальными в программах лечения. Эта идея вытекает из фокуса на протокол — защиты от того, что метод включает уникальные процессы изменений — но она приобретает другой оттенок, когда лечение основано на процессах^{5,6}. Если главное — это процессы изменений, то почему применение различных технологий, их изменяющих фатально? Общность лечения в принципе может сделать процессы изменений более важными.

Процессы изменений в конечном итоге должны основываться на теории и тестировании, но методы под различными названиями брендов могут изменить широко применимые процессы изменений. С точки зрения практикующих специалистов, тем и лучше. Этот факт позволяет практикующим специалистам расширить спектр используемых ими методов, чтобы нацелиться на важный процесс изменений.

Долговременные данные, базовые данные и данные компонентов исследований предполагают, что некоторые процессы изменений более важны, чем другие. Было бы странно, если бы процессы изменений не были бы связаны с изменчивостью, отбором, сохранением и контекстом, — ключевыми процессами в эволюции сложных систем в любой другой области жизни³.

Действительно, стоит отметить, что некоторые из предоставленных пациентом результатов, описанных Cuijpers¹, такие как межличностная эффективность, социальная поддержка, способность решать проблемы, принимать и ценить себя, осознание или понимание себя — были исследованы в других контекстах в рубрике процессов изменения. Это говорит о том, что сами пациенты интуитивно заботятся о процессах изменений, даже если традиционная интервенционная наука не уделяет им должного внимания.

Отказ от узаконенной модели латентных заболеваний и принятие индивидуальной сложности челове-

ских страданий могут освободить поле для применения более процесс-ориентированного подхода. Сосредоточение внимания на процессах терапевтических изменений не должно быть второстепенным, а должно занимать центральное место, если мы хотим, чтобы клиническая наука двигалась вперед.

**Stefan G. Hofmann¹,
Steven C. Hayes²**

¹ Department of Psychological and Brain Sciences, Boston University, Boston, MA, USA;

² Department of Psychology, University of Nevada, Reno, NV, USA

Перевод: Мамедова Г.Ш. (Москва)

Редактура: к.м.н. Резников М.К. (Воронеж)

Stefan G. Hofmann, Steven C. Hayes. Therapeutic change processes link and clarify targets and outcomes. *World Psychiatry* 2019;18(3): 287-88.

Библиография

1. Cuijpers P. *World Psychiatry* 2019;18:276-85.
2. Hofmann SG, Hayes SC. *Clin Psychol Sci* 2019;7:37-50.
3. Hayes SC, Hofmann SG, Stanton CE et al. *Behav Res Ther* 2019;117:40-53.
4. Hofmann SG, Curtiss J, McNally MJ. *Perspect Psychol Sci* 2016;11:597-605.
5. Hayes SC, Hofmann SG (eds). *Process-based CBT: the science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. Oakland: New Harbinger, 2017.
6. Hayes SC, Hofmann SG. *World Psychiatry* 2017; 16:245-6.

DOI:10.1002/wps.20664

Модераторы, медиаторы и опосредованное взаимодействие

Р. Cuijpers¹ связывает фокус на симптоматическом улучшении, имеющийся в психотерапевтических исследованиях, с влиянием диагностических систем, таких как DSM и МКБ, которые основаны на оценке совокупности симптомов. Однако диагностические системы приходят и уходят, развиваясь, как правило, по восходящей спирали. Я прошел тренинг в рамках DSM-II, который в значительной степени был основан на динамическом подходе. Симптомы представляют собой проявления психического дистресса или поведенческой дисфункции, которые изменчивы сами по себе, независимо от того, рассматриваем ли мы их в рамках объединяющей теории (DSM-II) или разделяем их (DSM-III).

В DSM-5, по крайней мере, была предпринята попытка ввести понятие «дименсии». Проект Исследователь-

ские критерии доменов (Research Domain Criteria, RDoC) пошел дальше, фокусируя внимание на предполагаемых базовых механизмах, которые вызывают различные расстройства, хотя, возможно, в чрезмерно упрощенной форме, учитывая, что подавляющее большинство людей страдают от расстройств, на которые наследственность влияет меньше, чем политические предпочтения. Почки не способны к обучению, но мозг развивается и меняется при взаимодействии с окружающей средой, а мы на свой страх и риск продолжаем игнорировать влияние обучения и культуры.

Я полностью поддерживаю призыв к расширению целей лечения. Пациенты часто приходят в психотерапию в поисках изменений своей способности функционировать, качества жизни, и все, что мы можем сделать для реше-

ния этих проблем, заслуживает одобрения. Я напоминаю своим пациентам о том, что «я работаю на вас, а не вы работаете на меня», и понимаю это буквально. Тем не менее, в процессе лечения мы часто преследуем несколько целей; в одном из наших ранних исследований когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) показала себя не только столь же эффективной, как терапия антидепрессантами, но она также способствовала восстановлению трудоспособности большего числа пациентов². Также применение КПТ снижает риск рецидива после прекращения лечения более чем наполовину по сравнению с лечением антидепрессантами³.

Р. Cuijpers находится в авангарде одного из самых интересных направлений в современной клинической науке. Он занимается сбором данных контро-