

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-

лируемых клинических исследований по лечению депрессии и использует обобщенные данные для проверки наличия модерации в выборках, многократно больших, чем любая из представленных в этих исследованиях. Было показано, что при сопоставлении эффективности КПТ и лечения антидепрессантами тяжесть симптомов не влияет на разницу в терапевтическом ответе⁴, несмотря на то, что эффективность лечения антидепрессантами превышает таковую по сравнению с плацебо только среди пациентов с наибольшей выраженностью симптоматики⁵. Предложенный индивидуальный метаанализ данных о пациенте может быть использован для автоматизированной генерации алгоритмов, способных определять оптимальное лечение для конкретного пациента⁶. Это суть персонализированной медицины.

Неспецифические процессы определяют львиную долю изменений, имеющих место при депрессии. Такое утверждение, вероятно, в меньшей степени корректно для большинства других не психотических расстройств. Cuijpers указывает на то, что большинство доказательств основано на исключительно корреляционных связях, а, следовательно, являются недостаточными для обоснования причинно-следственной связи, но, в то же время, сам представляет несколько убедительных доказательств причинной роли таких процессов. Им проведен метаанализ⁷, в котором были изучены внутригрупповые изменения в минимальных контрольных группах с целью установить долю отклонений, которые могут быть связаны со спонтанной ремиссией, а также выполнено внутри- и межгрупповое сравнение контрольных групп по неспецифическим и специфическим терапевтическим вмешательствам для исключения влияния других факторов. Было выявлено, что около одной трети улучшений при депрессии являются следствием спонтанной ремиссии, около половины – вызваны влиянием неспецифических факторов, которые могут иметь место при любом лечении, и только около одной шестой – обусловлены специфическими эффектами предположительно «активного» терапевтического агента.

Поскольку все исследования, включенные в метаанализ, были рандомизированными контролируемые, стало возможным сделать обоснованные выводы о влиянии неспецифических

факторов. Спустя несколько десятилетий безуспешных попыток изучить то, как именно работают методы лечения и ответить ли они имеют причинно-следственный эффект, Cuijpers предоставил наиболее убедительный ответ и очень разумный план для дальнейших исследований.

Однако я считаю, что Cuijpers преждевременно сделал вывод, что нет никаких доказательств того, что КПТ работает через изменение когнитивных установок пациента, вызывая улучшения при депрессии. Он сам отмечает наличие проблемы в том, что выявить эффект легче, чем объяснить его, главным образом, потому что мы можем использовать мощные экспериментальные методы для выявления причинной связи предполагаемого медиатора и исхода, но заключение о причинно-следственных связях между ними приходится делать на основании корреляционных методов. При этом, я думаю, он ошибается, когда утверждает, что отсутствие четкой зависимости означает отсутствие причинно-следственной связи. Если изменения когнитивных не происходят непосредственно под влиянием КПТ, возможно, она не является медиатором, но тот факт, что КПТ демонстрирует сопоставимую эффективность с лечением антидепрессантами, не исключает наличие причинно-следственной связи.

Проблема заключается в том, что данный процесс может быть как причиной, так и следствием изменения когнитивных⁸. В более раннем исследовании мы обнаружили, что коррекция когнитивных ошибок при депрессии являлась предиктором последующей положительной динамики депрессивных симптомов при использовании КПТ, а при терапии антидепрессантами такого не наблюдается, поэтому есть вероятность того, что в этом случае действуют другие механизмы. Одним из возможных объяснений является опосредованное взаимодействие, при котором лечение влияет на характер взаимосвязи между предполагаемыми механизмами и исходом⁹. В то время как КПТ вызывает изменения когнитивных схем, которые приводят к (опосредованным) последующим изменениям депрессивной симптоматики, лечение антидепрессантами приводит к изменению состояния пациента посредством других механизмов, которые в дальнейшем ведут к изменению когни-

тивных схем. Абсолютные изменения когнитивных были сопоставимы при двух разных способах лечения, но пути, которые привели к этим изменениям, вероятно, весьма различны.

В то время как опосредованное взаимодействие, будучи следствием дифференцированного лечения, имеет тенденцию искажать медиативные эффекты, т.к. оно влияет на возможную связь между медиатором и исходом, в качестве производной от индивидуальных различий между пациентами оно может усиливать эти эффекты. Как впервые указал Kazdin¹⁰, любой случай модерации предполагает, что у разных пациентов могут быть задействованы разные причинно-следственные механизмы. Это означает, что возможно повышение точности тестов на медиацию (и, следовательно, повышение их мощности), в том случае, если мы будем учитывать взаимодействие методов лечения при проведении анализа.

Я согласен с Cuijpers в том, что медиацию трудно обнаружить, но более сложный подход, учитывающий опосредованные взаимодействия, может внести ясность.

Steven D. Hollon

Vanderbilt University, Nashville, TN, USA

Перевод: Павлова-Воинкова Е.Е. (Санкт-Петербург)

Редактура: к.м.н. Потанин С.С. (Москва)

Hollon SD. Moderation, mediation, and moderated mediation. *World Psychiatry* 2019; 18: 288-289

Библиография

1. Cuijpers P. *World Psychiatry* 2019;18:276-85.
2. Fournier JC, DeRubeis RJ, Amsterdam JA et al. *Br J Psychiatry* 2015;206:332-8.
3. Cuijpers P, Hollon SD, van Straten A et al. *BMJ Open* 2013;3(4).
4. Weitz ES, Hollon SD, Twisk J et al. *JAMA Psychiatry* 2015;72:1102-9.
5. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD et al. *JAMA* 2010;303:47-53.
6. Cohen ZD, DeRubeis RJ. *Annu Rev Clin Psychol* 2018;14:209-36.
7. Cuijpers P, Driessen E, Hollon SD et al. *Clin Psychol Rev* 2012;32:280-91.
8. Hollon SD, DeRubeis RJ, Evans MD. *Psychol Bull* 1987;102:139-49.
9. DeRubeis RJ, Evans MD, Hollon SD et al. *J Consult Clin Psychol* 1990;58:862-9.
10. Kazdin AE. *Annu Rev Clin Psychol* 2007;3:1-27.

DOI:10.1002/wps.20665