

Создание resilience (гибкости) с помощью психотерапии

Обозревая основные темы и итоги исследований психотерапии, Cuijpers¹ отмечает упор на уменьшение симптомов, улучшении качества жизни и промежуточных исходах, которые основываются на теоретических заключениях. Существуют критичные неудовлетворенные потребности, которые включают малое внимание к видению исхода пациентом, негативные исходы (ухудшение симптомов) и экономические исходы (соотношение цены-пользы). Измерение уменьшения симптомов за относительно небольшой промежуток времени не иллюстрирует течение болезни (единичный эпизод, рецидивы и возвращение симптомов). Более того, лишь небольшое число психотерапевтических исследований изучало исходы, основанные на понимании цепей и систем в мозге, или рассматривало потенциальные механизмы действия с помощью измерения биомаркеров. Акцент Cuijpers на фиксации и интеграции различных взглядов, от нейробиологов до налогоплательщиков, важен для дальнейшего развития исследований и практики психотерапии.

Я хочу предположить, что большее внимание к конструкту гибкости в психотерапии могло бы быть научно плодотворно и клинически полезно для ответа на неудовлетворенные потребности, отмеченные Cuijpers.

Что понимается под словом «гибкость» и как мы можем ее измерить? Гибкость – это способность адаптироваться, выживать перед лицом неприятностей и приходить в норму после жизненных вызовов. Один способ измерения гибкости, который широко используют – Шкала Гибкости Коннора-Дэвидсона (Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC) – обладает клинически значимыми характеристиками. Например, к вопросу о важности неудовлетворенных потребностей в психотерапевтических исследованиях, Laird et al² недавно объявили об экспериментальном факторном анализе баллов CD-RISC у участников с депрессией в клинических испытаниях, спонсированных Национальным Институтом Психического Здоровья США в Университете Калифорнии, Лос Анджелес (US National Institute of Mental Health at the University of California, Los Angeles). Авторы выявили четырехфакторное решение, где факторы были названы "выдержка", "адаптивное совладание", "удобное совладание" и "духовность".

Типичными вопросами, группирующимися в фактор "выдержка", были

вопросы о наличии четкого смысла жизни и способности не разочаровываться быстро. Для "адаптивного совладания" было характерно предпочтение брать роль лидера в решении проблем, а "удобное совладание" включало когнитивную гибкость, когнитивный рефрейминг, чувство юмора и принятие в условиях неконтролируемого стресса. "Духовность" характеризовалась верой в то, что «вещи происходят не без причины» и «иногда воля Бога может мне помочь». В мультивариантной модели наибольшая вариация баллов гибкости объяснялась меньшей депрессивностью, меньшей апатичностью, более высоким качеством жизни, не-европеоидной расой и – в какой-то степени контринтуитивно – большей медицинской коморбидностью.

Эти данные придают логическое обоснование гипотезе, затрагивающей многие из упомянутых Cuijpers недоисследованных целей и исходов: психотерапевтические вмешательства, разработанные, чтобы помогать пациентам выработать гибкость (выдержка, активное совладание/решение проблем, удобное совладание и духовность) будут эффективны в лечении депрессии (и других распространенных психических расстройств). Поведенческая активация может быть возможным посредником предотвращения депрессии и эффективного лечения, поскольку она концептуально основывается на гибкости и предоставляет ориентированный на пациента антидот для противоположности гибкости, а именно, выученной беспомощности.

Какие имеются экспериментальные доказательства тому, что вмешательства, разработанные для усиления гибкости, позволяют эффективно предотвращать и лечить депрессию?

Мета-анализ группы Cuijpers³ показал снижение частоты встречаемости большого депрессивного эпизода на 21% в течение 1-2 лет по сравнению с обычной помощью или листом ожидания, при использовании коротких основанных на обучении поведенческих или специфичных для депрессии психотерапий (таких как когнитивно-поведенческая терапия, межличностных терапия и терапия принятия решений). 38 рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) из мета-анализа проводились в странах с высоким уровнем дохода и исследовали либо "номинальное" предотвращение депрессии (включая участников с низким уровнем симптоматики или с субклинической симптоматикой), либо "выборочное"

предотвращение депрессии (включая пациентов с медицинскими или неврологическими состояниями, такими как инсульт или возрастная мышечная дегенерация, приписывая им риск развития депрессии).

Только одно РКИ было проведено в стране с низким или средним уровнем дохода⁴. Исследование "DIL" (обозначающее "Depression in Later Life", "Депрессия в Поздней Жизни", и переводящееся с Хинди как "сердце") проводилось не-медиками в отношении пациентов в системе первичной помощи в Гоа, Индия, и основывалось на терапии принятия решений, но также включало (в результате истощающего основополагающего исследования для вычленения определяемых пациентом целей и исходов) короткое поведенческое лечение бессонницы, образование в отношении самопомощи при частых коморбидных состояниях, таких как диабет, и помощь в оценке медицинских и социальных сервисов. За один год мы наблюдали снижение частоты депрессивных эпизодов в DIL по сравнению с обычной помощью (4,4% по сравнению с 14,4%; log ранг $p=0,04$) и бремени депрессивных и тревожных симптомов ($p<0,001$).

В соответствии с гипотезой о том, что увеличение гибкости может помочь защититься от депрессии и лечить ее, терапия принятия решений обучает ключевым аспектам, или средствам гибкости – активные навыки совладания и повышенная вовлеченность в жизнь, борьбе с апатией и выученной беспомощностью (противоположностями гибкости). Участники DIL заявляли о вовлеченности в приятные социальные и физические активности, что было мерой противодействия парализующему "напряжению" и беспокойству, отравлявшим их жизни. Они более активно заботились о своем здоровье и чувствовали себя менее беспомощными и более контролирующими свои жизни. Вмешательство DIL создало гибкость в виде активного совладания и поведенческой активации, особенно в вопросе заботы о здоровье и перед лицом сопутствующей угрозы потери независимости и ухудшения качества жизни.

Эффективность когнитивно-поведенческой терапии и межличностной психотерапии в предотвращении и лечении депрессии³ указывает на важность работы с другими увеличивающими гибкость практиками, такими как удобное совладание (когнитивный рефрейминг и гибкость, юмор) и соци-

альная поддержка. Распространенные психические расстройства, такие как депрессия, развиваются в межличностном контексте, и социальные связи поддерживают, в то время как одиночество разрушает, психическое здоровье. Гарвардское Исследование Развития Взрослых (The Harvard Study of Adult Development)⁵ показало, что люди, хорошо связанные с семьей, друзьями и обществом более счастливы, физически более здоровы и дольше живут.

Социальная и межличностная поддержка, развиваемая на психотерапии, подпитывает способность адаптироваться и выживать в неблагоприятных условиях, в то время как депрессия уничтожает адаптивность. Jeste et al⁶ показали, что гибкость противостоит неблагоприятным эффектам депрессии для здоровья, оцениваемого самим пациентом, и успешного старения. Более того, отношение удобного совладания и духовности, психотерапия постоянного вызывающего дисфункцию горя (основывающаяся одновременно на когнитивно-поведенческой терапии и межличностной терапии) поддерживает гибкость и адаптацию, усиливая и направленное на потерю, и направленное на восстановление совладание, и эффективно справляется с тем, что в МКБ-11 называется "продолжительное расстройство переживания горя"⁷.

Настояло время для нейробиологии, чтобы начать информировать о развитии, целях и исходах психотерапии⁸. Психотерапевтическим исследованиям

необходимы данные о биомаркерах риска и гибкости при распространенных психических расстройствах, таких как депрессия. Биомаркеры могут сигнализировать о посредниках ответа, определяя вмешательства в группах риска. Они также могут указывать на факторы, опосредующие вариативность ответа. Возможными путями, которыми психотерапевтические вмешательства по увеличению гибкости могут снизить риск и частоту депрессивных эпизодов, являются уменьшение воспаления, оксидативного стресса, увеличение сосудистого и метаболического здоровья и увеличение нейропротекции. Это фундаментальные признаки старения на молекулярном и клеточном уровнях, на которые влияет депрессия, и они экспрессируются в качестве ассоциированных с биологическим старением секретируемых фенотипов⁹.

Влияют ли психотерапевтические вмешательства по увеличению гибкости на эти факторы и, следовательно, снижают ли они риск и бремя депрессии? Изучение взаимодействия между поведенческими факторами (вызывающими гибкость) и биологическими вариантами (ассоциированными с молекулярными признаками системного и мозгового здоровья и вознаграждающими и исполнительскими системами мозга) может объяснить нам, как работает психотерапия. Внимание к проблемам персонала и моделям предоставления психотерапии для рационализации психотерапии и увеличения ее масштабирования в эру Исследования

тельских критериев доменов (Research Domain Criteria, RDoC)^{8,9}, с чувствительностью к различной культурной обстановке, может в дальнейшем помочь оптимизировать соотношение цена/качество.

Charles F. Reynolds, 3rd¹

¹University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, PA, USA

Перевод: Скугаревская Т.О. (Минск)

Редактура: к.м.н. Федотов И.А. (Рязань)

Reynolds FR Building resilience through psychotherapy. *World Psychiatry* 2019;18(3):289-291.

Библиография

1. Cuijpers P. *World Psychiatry* 2019;18:276-85.
2. Laird KT, Lavretsky H, Pahlpak P et al. *Int Psychogeriatr* 2019;31:193-202.
3. Van Zoonen K, Buntrock C, Ebert DD et al. *Int J Epidemiol* 2014;43:318-29.
4. Dias A, Azariah F, Anderson SJ et al. *JAMA Psychiatry* 2019;76:13-20.
5. Valliant GE. *Aging well: surprising guideposts to a happier life from the landmark Harvard Study of Adult Development*. Boston: Little, Brown and Co., 2003.
6. Jeste DV, Savia GN, Thompson WK et al. *Am J Psychiatry* 2013;170:188-96.
7. Shear MK, Reynolds CF, Simon N et al. *JAMA Psychiatry* 2016;73:685-94.
8. Alexopoulos GS, Arean P. *Mol Psychiatry* 2014;19:14-19
9. Diniz BS, Reynolds CF, Sibille E et al. *Am J Geriatr Psychiatry* 2017;25:64-72.

DOI: 10.1002/wps.20663

Движение к персонализированному подходу в психотерапевтических исходах и исследование терапевтических изменений

Cuijpers¹ подчеркивает, что остается много неотвеченных вопросов в отношении психотерапии, несмотря на значительный прогресс в исследовании психического здоровья. Он настаивает на важности изучения ее за пределами уменьшения симптомов и исследовании всего спектра исходов терапии. Он предлагает идею (с чем мы согласны), что уменьшение симптомов не обязательно отражает множество важных и продолжительных аспектов терапевтических изменений.

Одна из причин, по которым изучение исходов в основном оценивается посредством уменьшения симптомов, заключается в том, что исследователи, проводящие рандомизированные контролируемые исследования (РКИ), вынуждены определять возможный основной исход a priori. Если же обозначить множество основных исходов,

то это приведет к увеличению количества участников, необходимых для включения в исследование, для соблюдения необходимой статистической мощности. Следовательно, в условиях нынешних механизмов финансирования выбор более широкого и репрезентативного спектра исходов является дорогостоящим, непрактичным и стратегически проблематичным. В дополнение к этому, сообщения о конфликте результатов исследований, в которых ответы на одинаковые вопросы находят разными методами, делают сложным определение того, какие методы концептуально и психометрически должны быть приоритетными.

По-настоящему ключевым является осмысление и измерение исходов с точки зрения пациента. Даже пациенты, испытывающие уменьшение симп-

томов и удовлетворяющие критериям ремиссии, могут страдать от нарушений в одном из таких важных доменов, как построение отношений, регуляция эмоций, сохранение постоянного места работы и совладание со стрессом. Также должны быть оценены другие аспекты исхода, такие как способность пациента справиться со стрессорами и использовать в условиях реальных неблагоприятных обстоятельств стратегии, выученные в процессе терапии. Другой недостаточно изученный аспект исхода терапии для пациента – это субъективное ощущение свободы, то есть способность человека сталкиваться и разрешать конфликтные требования внешнего и внутреннего мира, делать «выбор», не определяющийся бессознательными силами². Ориентированный на пациента подход предполагает, что