

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 секретлируемых 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

ход лечения должен определяться специфическими нуждами пациента, его предпочтениями и его видением своего терапевтического изменения³.

Многие медицинские специальности сейчас двигаются в направлении модели «точной медицины» – адаптации лечения к каждому конкретному пациенту. В психотерапии это подразумевает комплексную оценку функционирования пациента во множестве сфер для разработки персонализированного плана лечения⁴. Был достигнут некоторый прогресс в разработке компьютеризированных алгоритмов, где есть предварительные доказательства эффективного сочетания пациентов с оптимальным комплексом лечения⁵. Однако, внедрение таких алгоритмов ограничивается наличием терапевтов, способных предоставить выбранный «оптимальный» комплексный способ лечения. Комплексы лечения включают длительные клинические тренировки и супервизию, что ограничивает их выполнимость и применимость, особенно в больших популяциях пациентов, живущих в областях с ограниченным доступом к профессионалам в области психического здоровья.

Следовательно, в дополнение к акценту на соответствии пациентов и комплексов лечения, исследователям стоит сконцентрироваться на соответствии компонентов лечения и нужд специфического пациента. Один из глобальных неотвеченных вопросов психотерапии заключается в том, должна ли она ориентироваться на сильные стороны пациента или лечить его недостатки. Например, получают ли пациенты, страдающие от неспособности завязывать межличностные отношения, больше пользы от лечения, сфокусированного на развитии социальных и межличностных навыков? Сходным образом, получают ли пациенты, страдающие от избегания и апатии, пользу от вовлечения их в полезные и содержательные виды активности? Альтернативно, персонализированный подход может фокусироваться на усилении и развитии уже существующих сильных сторон и ресурсов пациента⁶. Например, пациенты, умеющие осознавать свой мыслительный процесс, могут получить пользу от фокусировки на нарушенном мышлении (даже, если они при этом не получают полное лечение по протоколу когнитивно-поведенческой терапии). С другой стороны, пациенты, имеющие хорошую систему социальной поддержки и связи с готовыми помочь близкими, могут получить пользу от поведенческой активации, сфокусированной на социальной и межличностной вовлеченности. Эти важные для исследований вопросы редко рассматриваются.

Одна из проблем в изучении плюсов определенного компонента лечения (или механизма изменений) заключается в том, что исследователи редко включают в свои исследования компоненты, которые не являются частью заявленного ими подхода к лечению (хотя есть и исключения⁷). Это создает разделение между относительно чистыми результатами исследований компонентов лечения, ассоциированных с изменениями, и клинической практикой, в которой большинство терапевтов гибко интегрирует техники из разных подходов. Исследования, отражающие клиническую практику, могут улучшить наше понимание того, какие конкретные компоненты лечения полезны для пациентов со специфическими клиническими особенностями.

Другой важный вызов, обозначенный Cuijpers, это уровень отсутствия ответа на лечение. Хотя мета-анализы предоставляют нам важные данные о частоте отсутствия ответа на групповом уровне, тяжело перенести эту информацию в осмысленные клинические рекомендации для конкретных пациентов. Важное развивающееся поле исследований – раннее определение риска отсутствия ответа. По традиции, исследования отсутствия ответа проводятся после того, как основное исследование закончилось и пациенты больше не получают лечения, то есть ретроспективно. Мы считаем, что усилия должны быть направлены на детекцию отсутствия ответа или ухудшения как можно раньше, после первых нескольких сессий. Далее, для вмешательства может быть применен пошаговый подход (например, увеличить удельный вес отдельных компонентов лечения или сдвиг в направлении другой терапевтической мишени)⁴.

Данные РКИ являются ценными, поскольку они предоставляют возможности для тестирования различных компонентов лечения и исходов с течением времени в пределах отдельных контролируемых схем лечения. Однако видя быстрое снижение финансирования исследований по психотерапии в США и по всему миру, исследователи оказываются перед лицом значительного кризиса⁸. Некоторые переходят в натуралистические исследования посредством развития практических исследовательских сетей. Такие сети основываются на предположении, что науке необходима непрерывная коммуникация между держателями средств и коллаборацией клиницистов в обществе и исследователей в академии. Разрабатываемые исследования основываются на наблюдениях и вкладе клиницистов, и их результаты интегрируются в клинические условия⁹. Такие исследования также продвигают луч-

шую репрезентацию людей из меньшинств, которые обычно не имеют доступа к академическим медицинским условиям, в которых проводятся РКИ. Мы ожидаем, что в будущем больше данных будет получено в подобных исследованиях.

В целом будущие исследования должны включать строгую методологию и персонализированный подход к психотерапии. Они должны рано идентифицировать не отвечающих на лечение пациентов и разработать протоколы для работы для пациентов с риском отсутствия ответа или риском ухудшения состояния до окончания исследования. Такие исследования должны проводиться в сотрудничестве между клиницистами, исследователями, создателями законов и пациентами. Результаты должны включать не только симптоматические изменения, но и спектр промежуточных исходов/механизмов, который может выходить за пределы теоретической ориентации исследователя. Такое сотрудничество может расширить наше понимание сложных и детализированных аспектов «терапевтических изменений» и продвинуть нас ближе к ответу на вопрос «Что заставляет психотерапию работать?».

Jacques P. Barber¹, Nili Solomonov²

¹Gordon F. Derner School of Psychology, Garden City, NY, USA;

²Weill Cornell Institute of Geriatric Psychiatry, Weill Cornell Medical College, White Plains, NY, USA

Перевод: Скугаревская Т.О. (Минск)

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

Barber JP, Solomonov N Toward a personalized approach to psychotherapy outcome and the study of therapeutic change. *World Psychiatry* 2019;18(3):291-292.

Библиография

1. Cuijpers P. *World Psychiatry* 2019;18:276-85.
2. Williams DR, Barber JP. In: Ciprut JV, editor. (ed). *Freedom: reassessments and rephrasings*. Cambridge: MIT Press, 2008:75-98.
3. Flückiger C, Hilpert P, Goldberg SB et al. *J Couns Psychol* (in press).
4. Solomonov N, Barber JP. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2016;25:301-8.
5. DeRubeis RJ, Cohen ZD, Forand NR et al. *PLoS One* 2014;9:e83875.
6. Flückiger C, Wüsten G, Zinbarg R et al. *Resource activation: using clients' own strengths in psychotherapy and counseling*. Boston: Hogrefe, 2010.
7. Barber JP, Milrod B, Gallop R et al. *Передано в печать*.
8. Barber JP, Sharpless BA. *Psychother Res* 2015;25:309-20.
9. Castonguay LG, Youn SJ, Xiao H et al. *Psychother Res* 2015;25:166-84.

DOI: 10.1002/wps.20666