

Возвращение фокуса внимания психотерапии к саморефлексии участников процесса работает

После десятилетий исследований не было сформировано единого мнения о том, какими должны быть цели и результаты психотерапии¹. Однако несмотря на то, что это может показаться довольно разочаровывающим результатом тяжелой и многолетней работы, мы не должны отчаиваться. Исследования в области психотерапии прошли долгий путь, было разработано много эффективных методов лечения. В настоящее время задача состоит в том, чтобы использовать эти методы лечения таким образом, чтобы каждый пациент получил от них оптимальную пользу.

Во время начального сеанса психотерапии пациент и терапевт обычно обсуждают цели и результаты терапии, и способы их достижения. Затем пациент проходит лечение в соответствии с его «планом лечения». Например, в случае депрессии, мишенью терапии в основном является потеря интереса и сниженное настроение. Это неудивительно, с учетом огромного успеха академической психологии и психиатрии в представлении психических страданий и их лечения с помощью диагностики/практики, основанной на доказательном подходе/облегчении симптомов/модели мониторинга результатов у "специалистов" охраны психического здоровья². В результате, такие методы лечения, как когнитивно-поведенческая терапия, в основном ориентированы на конкретную цель облегчения симптомов.

В этом подходе подразумевается, что психотерапевтическая среда статична: проблемы проявляются в виде симптомов, и для их устранения существует конкретное решение: теоретический протокол. Рояль в кустах, однако, заключается в том, что психотерапевтическая среда бесконечно более динамична. Перспективы пациента, вероятно, будут меняться в течение курса терапии параллельно с оказанием на него воздействия, влиянии бремени, пониманием и принятием симптомов, и теоретический протокол почти по определению не может все это учесть. Невозможно предсказать, как перспективы и желания пациента будут динамически и нелинейно развиваться с течением времени, но кажется, что это все же неизбежно будет происходить. И несмотря на то, что процесс нелинейных изменений присущ практике реальной психотерапии, теоретические рамки, лежащие в основе современных «доказательных» психотерапевтиче-

ских подходов, прямо не решают эту проблему.

В психотерапии может потребоваться рутинный мониторинг процесса (Routine process monitoring, RPM), чтобы контролировать удовлетворение пациента и желаемое направление психотерапии на каждом сеансе³, в идеале в сочетании с мониторингом текущего его психического состояния в реальной жизни⁴. RPM включает измерения ежедневного функционирования, удовлетворенность пациента и уверенность пациента и терапевта в терапевтическом альянсе. Он основан на процессе совместной саморефлексии, и первые результаты этого подхода довольно многообещающие⁵. Непрерывная обратная связь с пациентом и совместная саморефлексия может предотвратить прерывание терапии и, при необходимости, обеспечить быстрое восстановление терапевтического альянса.

Терапевтический альянс является основой, на которой пациент и терапевт могут оценить психотерапевтический процесс. Крайне важно создать безопасную среду, в которой пациент чувствует себя достаточно комфортно, чтобы высказать свои собственные представления том, куда следует направлять терапию, а также рассказать о своих чувствах о влиянии терапевта на психотерапевтический процесс. Одновременно терапевт должен выразить свои взгляды относительно пациента и психотерапевтического процесса. Эта практика совместной саморефлексии имеет решающее значение для оказания помощи пациенту в достижении его/ее целей⁷. В действительности оценка динамически развивающихся целей пациента на каждом психотерапевтическом сеансе показала свою эффективность в укреплении терапевтического альянса и, в свою очередь, в прогнозировании снижения симптомов по самоотчетам пациентов⁶.

Терапевтический альянс можно считать основой любого вмешательства в области психического здоровья. Обширные исследования показывают, что он является ключевым в психотерапевтическом и фармакологическом подходах⁷. Это справедливо для когнитивно-поведенческой, межличностной и психодинамической психотерапии. Кроме того, терапевтический альянс может взаимодействовать с различными элементами психотерапевтических техник, и это взаимодействие может оказать положительное влияние на результат⁸.

Измерения терапевтических взаимоотношений более тесно связаны с результатами, чем с конкретными техническими компонентами психотерапии⁹, и метааналитические исследования показывают, что различные методы эквивалентны по величине эффекта для большинства психических расстройств². Кроме того, качество терапевтического альянса может быть самым надежным предиктором результата. Поэтому психотерапевтические исследования должны пересмотреть свои инвестиции в технологический аспект и сосредоточиться на разработке способов создания более сильных терапевтических альянсов и методах поддержания их в течение курса терапии с использованием RPM. В то время как объем исследований, изучающих разрывы альянсов, неуклонно растет, мало внимания уделяется разработке методов предотвращения таких разрывов, что могло бы эффективно уменьшить уход пациентов и способствовать достижению желаемых результатов.

В настоящее время существует множество психотерапевтических вмешательств, которые для большинства расстройств имеют тенденцию проявлять схожую эффективность на уровне группы. Мы сталкиваемся с вопросом о том, как ряд конкретных методов могут стать эффективным средством изменения в направлении, желаемом каждым отдельным пациентом. Существует веские аргументы в пользу необходимости усиления внимания к терапевтическому альянсу и способам его использования для работы с пациентами.

Мы не будем знать, каковы оптимальные цели и результаты психотерапии, пока не начнем оценивать их раз за разом вместе, как пациент, так и терапевт, в процессе совместной саморефлексии. Возвращая фокус внимания ведущих деятелей и сосредотачивая его на данной идее, мы получим хорошие шансы на достижение общих целей.

Jim van Os^{1,2,3}, David Kamp^{1,4}

¹Department of Psychiatry, Brain Centre Rudolf Magnus, University Medical Centre Utrecht, Utrecht, The Netherlands;

²Department of Psychiatry and Psychology, Maastricht University Medical Centre, Maastricht, The Netherlands;

³Department of Psychosis Studies, King's College London, Institute of Psychiatry, London, UK;

⁴Psychiatrie Rivierland, Tiel, The Netherlands.

Перевод: Мамедова Г.Ш. (Москва)
Редактура: к.м.н. Резников М.К. (Воронеж)

Jim van Os, David Kamp. Putting the psychotherapy spotlight back on the self-reflecting actors who make it work. *World Psychiatry* 2019;18(3): 292-93.

Библиография

1. Cuijpers P. *World Psychiatry* 2019;18:276-85.

- Williams DR, Barber JP. In: Ciptut JV (ed). *Freedom: reassessments and rephrasings*. Cambridge: MIT Press, 2008:75-98.
- Flückiger C, Hilpert P, Goldberg SB et al. *J Couns Psychol* (in press).
- Solomonov N, Barber JP. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2016;25:301-8.
- DeRubeis RJ, Cohen ZD, Forand NR et al. *PLoS One* 2014;9:e83875.
- Flückiger C, Wüsten G, Zinbarg R et al. *Resource activation: using clients' own strengths in*

psychotherapy and counseling. Boston: Hogrefe, 2010.

- Barber JP, Milrod B, Gallop R et al. Submitted for publication.
- Barber JP, Sharpless BA. *Psychother Res* 2015; 25:309-20.
- Castonguay LG, Youn SJ, Xiao H et al. *Psychother Res* 2015;25:166-84.

DOI:10.1002/wps.20666

Исходы помогают определяться в ситуации нерешительности, но они неидеальны

Доказательством интеллектуальной смелости Р. Cuijpers'а является то, что он открывает свою статью¹ заявлением, что мы на самом деле не знаем, что мы имеем в виду, говоря «психическое расстройство», и что мы не уверены в том, что действительно представляет собой психотерапевтическое вмешательство или что делает его эффективным. В заключении он говорит о том, что исходы нашей терапии, вне зависимости от того, что мы лечим, и используемых средств, всецело зависят от нашей перспектив, кем бы мы ни являлись: пациентом, клиницистом или кем-либо еще. Это та неопределенность, с которой мы работаем в психотерапии, в сфере охраны психического здоровья и, как я подозреваю, здравоохранения в целом.

Хотя целью лечения является улучшение состояния пациента (или оказание помощи в преодолении их проблем), совершенно неясно, что такое «лучше» и когда мы можем с уверенностью утверждать, что достигли его. Причинами отчасти является то, что «Природа и причины [психических] расстройств неясны»¹, и, я бы добавил, потому что, как и красота, «улучшение» – в глазах смотрящего.

Исходы очень сильно различаются, если смотреть на них глазами пациента, клинициста, семьи, врача общей практики, страховой компании или отдела маркетинга фармацевтической компании. Хотя совпадения взглядов возможны, полное согласие вряд ли будет достигнуто. К примеру, согласия между пациентом и отделом маркетинга фармацевтической компании запросто может не быть.

Большинство исследований в области психотерапии было сосредоточено на снижении выраженности симптомов, оцениваемых клиницистами. Более того, большинство систематических обзоров и мета-анализов наиболее распространенных интервенций в области психического здоровья, и, следовательно, написанных на их основе реко-

мендации, используют снижение выраженности симптомов или подобные оцениваемые клиницистами переменные (например, снижение частоты рецидивов) в качестве ключевых исходов. Cuijpers подчеркивает недостатки использования снижения выраженности симптомов как исхода, оцениваемого с точки зрения врача, а не пациента или семьи.

Тем не менее, важно отметить, насколько важны симптомы во взаимодействии клинициста и пациента. Симптомы — это интерпретация, истолкование врачом того опыта, который описывает ему пациент. Когда пациенту становится «лучше» с его точки зрения, уходит опыт, который заставил его обратиться за помощью; с точки зрения клинициста, симптомы пациента стали менее интенсивными. Использование и непосредственного опыта, и симптомов, значимых как для пациента, так и клинициста, является неплохим способом понимания исходов. В данном контексте «симптомы» понимаются гораздо шире, чем в DSM и МКБ².

Однако, совершенно другое дело, когда в мире конкретики сетевых мета-анализов один симптом становится косвенным показателем для всего опыта болезни. Это может привести к неожиданным и, возможно, ненадежным выводам. Например, сетевой мета-анализ антидепрессантов говорит о том, что они работают у людей с депрессией старше 18 лет³, но не младше 18 лет⁴. По многим причинам, вполне вероятно, что «правда» сложнее^{5,6}. Сведение статистической оценки до одного или двух показателей может привести нас к тому, что мы увидим пару деревьев вместо леса.

Тем не менее, в Англии национальные руководства по психическому здоровью, подкреплённые систематическими обзорами результатов, основанные преимущественно на снижении выраженности симптомов, подчеркивают важность психотерапии для пси-

хического здоровья. В последние годы наблюдается более широкое распространение услуг, основанных на руководствах Национального института охраны здоровья и совершенствования медицинской помощи (NICE), которые в основном используют показатель выраженности симптомов для демонстрации улучшения: раннего вмешательства при психозах, программы «Улучшение доступа к психологической терапии» (Improving Access to Psychological Therapies, IAPT) (программа лечения на основе первичной медицинской помощи для наиболее распространенных психических расстройств), психотерапии детей и подростков.

Использование симптомоориентированных показателей в рутинной клинической практике стало краеугольным камнем программы IAPT. В прошлом году в рамках программы IAPT прошли лечение более миллиона человек с наиболее частыми психическими расстройствами. Хотя использование основанной на симптомах оценки имеет свои недостатки, 95% парных измерений результатов лечения для миллиона или более пациентов за год делает эту программу обладающей самым большим количеством данных в мире в области здравоохранения.

Возможность продемонстрировать эффективность в рутинной практике привела к дальнейшему расширению IAPT для предоставления психиатрической помощи людям с хроническими соматическими заболеваниями, что дает возможность наблюдать полтора миллиона человек в год с распространенными психическими расстройствами в год, и новые службы психического здоровья в настоящее время регулярно проводят мониторинг исходов.

Кроме того, экономические показатели в настоящее время имеют не меньшее значение, чем клинические исходы и субъективные оценки пациентов. Как упоминает Cuijpers, в показателе количества лет жизни с поправкой на качество жизни (quality adjusted