

жению способности чувствовать во-обще), к этому применяется более сдержанный подход, позволяющий исследовать и чувствовать эмоции более открыто и без излишней защиты. Эти навыки принятия удовлетворяют стремление чувствовать и позволяют использовать полезные знания, которые дают эмоции, что приводит к большей способности к радости, признательности, любви и благополучию. Наконец, стремление быть ориентированным может фокусироваться не столько на обдуманном прошлом или мысленно построенном будущем, сколько на более глубокой связи с тем, что на самом деле присутствует в настоящем внутри нас и снаружи.

Таким образом, патологические процессы можно рассматривать как неправильно управляемые стремления. Это неправильное управление вызвано эволюционным несоответствием между процессами обучения, которым полмиллиарда лет, или еще более древними генетическими, эпигенетическими, перцептивными, сенсорными и нейробиологическими системами, и доминированием символического мышления и решения проблем, которые развились в 200–1000 раз позднее, но которые были невероятно культивированы в современную технологическую эру⁸. Однако, сосредоточившись на том, что лежит в основе патологии, мы открываем путь к эутимии.

Гибкость, последовательность и устойчивость, которые определяют эутимию, поощряются здоровым управлением стремлений к принадлежности, связности, чувству, ориентации, самонаправленному смыслу и компетентности, в свою очередь способствуя мудрому психологическому управлению социальными/культурными и физическими/биологическими проблемами здоровья. С точки зрения процессов изменения, сама психопатология содержится во многом тот же урок в своих доказательствах источников неправильного управления этими самыми стремлениями и вызовами.

Гибкость частично основана на повышенной и осознанной чувствительности к контексту, обеспечиваемой восприятием перспективы и добровольным контролем внимания; постоянству способствует большее мотивационное доминирование ценностей и приобретение навыков целенаправленных действий; устойчивости способствует большая эмоциональная и когнитивная открытость и их способность включать как «негативный», так и «позитивный» опыт в достойную жизнь. Рассматриваемые в целом, как набор, эти навыки PFM способствуют достижению эутимии, потому что они позволяют нам лучше развиваться, целенаправленно опираясь на здоровые психосоциальные формы различий, отбора, удержания и контекстной чувствительности.

Люди, находящиеся в условиях дистресса, не сломаны. Плохое управление здоровыми желаниями осветит путь к эутимии, если мы научимся замечать присутствие этих желаний внутри патологии и направлять их в сторону здорового удовлетворения.

Steven C. Hayes

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

Перевод: Симонов Р.В. (Санкт-Петербург)
Редактура: к.м.н. Чумаков Е.М. (Санкт-Петербург)

Библиография

1. Hofmann SG, Hayes SC. Clin Psychol Sci 2019; 7:37-50.
2. Fava GA, Guidi J. World Psychiatry 2020;19:40-50.
3. Hayes SC, Hofmann SG, Stanton CE et al. Behav Res Ther 2019;117:40-53.
4. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change. 2nd ed. New York: Guilford, 2012.
5. Hayes SC. World Psychiatry 2019;18:226-7.
6. Hayes SC. A liberated mind: how to pivot toward what matters. New York: Avery, 2019.
7. Deci EL, Ryan RM. Psychol Inquiry 2000;11:227-68.
8. Hayes SC, Sanford B. J Exp Anal Behav 2014;101:112-29.

DOI: 10.1002/wps.20715

Особенности достижения эутимии

Wright JH. Specificity in the pursuit of euthymia. World Psychiatry 2020;19(1):52-53.

В своей резкой статье Fava и Guidi¹ утверждают, что терапия, в дополнение к облегчению симптомов или дистресса, должна иметь более амбициозную цель помочь пациентам достичь эутимического состояния, которое включает психологическое благополучие, позитивный аффект и гибкость. В каком-то смысле они предлагают, чтобы методы лечения выходили за рамки «золотого стандарта» ремиссии к «платиновому стандарту», который мог бы принести больше пользы с точки зрения качества жизни и профилактики рецидивов.

Результаты двух исследований по терапии благополучия (well-being therapy; WBT) депрессии свидетельствуют о том, что сосредоточение внимания на достижении благополучия может привести к лучшей профилактике рецидивов, чем это наблюдается при клиническом ведении или стандартной когнитивно-поведенческой терапии (cognitive behavior therapy; CBT)². Но един-

ственное прямое сравнение WBT и СВТ для депрессии, которое измеряло благополучие, обнаружило значительные улучшения в одной (личностный рост) из шести областей шкалы психологического благополучия (Psychological Well-Being; PWB) для WBT и двух областях (цель в жизни и самопринятие) для СВТ². В другом небольшом исследовании, сравнивавшем WBT с СВТ для генерализованного тревожного расстройства, сообщалось о преимуществах WBT во всех шести областях шкалы PWB.

В дополнение к WBT, Fava и Guidi отмечают, что два других основанных на доказательствах метода психотерапии имеют особенности, которые могут быть полезны для достижения эутимии. Когнитивная терапия, основанная на осознанности (mindfulness-based cognitive therapy (МВСТ)), включает в себя методы, направленные на развитие осознанного, непредвзятого мышления, что может помочь людям до-

стичь хорошей жизни. Терапия принятия и ответственности (acceptance and commitment therapy; АСТ) использует внимательность и осознанность, чтобы содействовать гибкости и принятию.

WBT, МВСТ и АСТ имеют привлекательность для достижения эутимии, потому что их предложенные механизмы действия и цели выходят за рамки облегчения симптомов. Эти методы психотерапии, особенно WBT, обогатили наши возможности для лечения, предоставляя хорошо сформулированные методы для улучшения благополучия. Но неизвестно, требуется ли лечение конкретными методами для улучшения самочувствия, если эти цели распространяются на достижение «платинового стандарта» эутимии.

Метаанализ³ исследований, в которых использовались либо шкалы PWB, либо Mental Health Continuum – Short Form, оценивающие шесть областей благополучия¹, выявил общий умеренный эффект для методов психотерапии,

из которых наиболее распространенными были WBT, осознанность и АСТ. Однако исследования в рамках этого мета-анализа не включали в себя некоторые из наиболее широко используемых психиатрических методов лечения (например, фармакотерапию, СВТ и межличностную психотерапию), поскольку исследования по этим подходам не использовали вышеупомянутые шкалы.

Психиатрия и психология в значительной степени руководствовались «предубеждением против болезней». Таким образом, оценка результатов в большинстве исследований по лечению была сосредоточена в основном или исключительно на оценке динамики симптомов, а не на элементах психологического благополучия. Тем не менее, есть некоторые доказательства того, что подходы, отличные от WBT, осознанности и АСТ, могут влиять на функции, описанные Fava и Guidi в их определении эутимии.

Например, метаанализ исследований антидепрессантов у пациентов с фибромиалгией⁴ выявил умеренный эффект фармакотерапии на показатели благополучия. Другие исследования антидепрессантов показали положительные изменения в ощущении благополучия после лечения сертралином, левомилнаципраном ER, венлафаксином и десвенлафаксином. В этих исследованиях использовались различные шкалы для измерения компонентов благополучия, ни одна из которых не была столь всеобъемлющей, как шкалы PWB. Однако улучшение таких функций, как жизнестойкость, межличностное функционирование и общее самочувствие, предполагает, что антидепрессанты могут приносить пользу в дополнение к облегчению симптомов.

Было проведено несколько исследований, предполагающих, что методы психотерапии, отличные от WBT, MBCT и АСТ, могут быть полезными для достижения эутимии. В одном из таких исследований иранские скорбящие, получавшие СВТ, имели значительно большее улучшение в показателе духовного благополучия (определяемом как «стабильность в жизни, мире, равновесие и гармония, а также чувство тесной связи с самим собой, Богом и окружающей средой»)⁵. Другое исследование СВТ показало большую пользу в сравнении с активным контролем на показатель эмоционального благополучия⁶, в то время как исследование СВТ у ВИЧ-инфицированных женщин зафиксировало значительное увеличение психологического и духовного благополучия по сравнению с контрольной группой психообразования⁷. Было показано, что использование СВТ в цифровом формате также

улучшает чувство благополучия. Значительные преимущества по сравнению с контрольными методами лечения наблюдались по шкале Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale при использовании онлайн-компьютерной программы СВТ для лечения бессонницы⁸.

Логотерапия – лечение, направленное в первую очередь на то, чтобы помочь пациентам обрести смысл жизни, редко исследовалась в рандомизированных контролируемых исследованиях. Но есть свидетельства того, что она может улучшить ощущение благополучия. Стремление к жизни было усилено, что было доказано в исследовании индивидуальной логотерапии в стационаре для парализованных пациентов⁹.

Трудотерапия – лечение с совершенно другим предлагаемым механизмом действия, является еще одним методом, который может быть полезен в достижении эутимии. Большое исследование этой терапии по сравнению с контролем без лечения показало значительные преимущества в развитии благополучия, включая жизнеспособность, социальное функционирование и удовлетворенность жизнью.

Трудно сравнить результаты исследований, посвященных благополучию, поскольку использовались различные дизайны исследований и шкалы. Определения благополучия и эутимии от Fava и Guidi, а также их измерение по шкалам PWB охватывают больше областей и функций, чем обычно оценивалось в других исследованиях. Однако имеющиеся данные свидетельствуют о том, что методы лечения, которые не предполагают определенного механизма действия для улучшения состояния, могут иметь некоторую способность помогать пациентам продвигаться к эутимии.

Существует несколько объяснений отсутствия конкретики в достижении возможного благополучия. Симптомы болезни, такой как депрессия, мешают переживанию благополучия, так что любое лечение, которое уменьшает симптомы, может иметь потенциал для улучшения благополучия. Кроме того, различные методы лечения могут способствовать улучшению самочувствия, действуя через общие пути, такие как воздействие на нейробиологические процессы, лежащие в основе субъективных переживаний психологического благополучия. Неопределенные или неизмеримые терапевтические воздействия могут быть действенными в улучшении самочувствия (например, положительный эффект плацебо, поведенческая активация, неспецифические элементы всех эффективных методов психотерапии).

Хотя было проведено недостаточно исследований, чтобы подтвердить или опровергнуть эти возможные объяснения, есть указания из более ранних исследований, что конкретные гипотетические механизмы действия могут не потребоваться для выражения специфических преимуществ. Например, было обнаружено, что антидепрессанты оказывают сильное влияние на негативное мышление, предполагаемую сферу действия СВТ, в то время как СВТ улучшает энергию, интерес и другие симптомы, которые являются мишенями для антидепрессантов.

Fava и его коллеги были лидерами в развитии WBT и в оказании помощи клиницистам и исследователям в понимании важности благополучия как цели лечения. Теперь, призывая к поиску пути к эутимии, они призывают нас значительно расширить наше представление о психиатрическом лечении и найти способы помочь пациентам в максимизации их функционирования в таких областях, как личностный рост, самопринятие и цель в жизни.

WBT, MBCT и АСТ очень перспективны для достижения подобных целей лечения. Но возможно, что другие подходы также могли бы способствовать благополучию и «платиновому стандарту» эутимии. Разве не должны все психиатрические методы лечения преследовать достижение эутимии, как определили это Fava и Guidi?

Jesse H. Wright

University of Louisville Depression Center, University of Louisville Medical School, Louisville, KY, USA

Перевод: Симонов Р.В. (Санкт-Петербург)
Редактура: к.м.н. Чумаков Е.М. (Санкт-Петербург)

Библиография

1. Fava GA, Guidi J. World Psychiatry 2020;19:40-50.
2. Fava GA, Rafanelli C, Cazzaro M et al. Psychol Med 1998;28:475-80.
3. Weiss LA, Westerhof GJ, Bohlmeijer ET. PLoS One 2016;11:e0158092.
4. O'Malley PG, Balden E, Tomkins G et al. J Gen Intern Med 2000;15:659-66.
5. Khashab AS, Kivi HG, Fathi D. Iran J Psychiatry 2017;12:93-9.
6. Hadinia A, Meyer A, Bruegger V et al. Front Psychol 2017;7:1975.
7. Jensen SE, Pereira DB, Buscher I et al. Health Psychol 2013;32:227-30.
8. Espie CA, Emsley R, Kyle SD et al. JAMA Psychiatry 2019;76:21-30.
9. Julom AM, de Guzman R. Int J Psychol Psychological Ther 2013;13:357-71.
10. Clark F, Jackson J, Carlson M et al. J Epidemiol Commun Health 2012;66:782-90.

DOI: 10.1002/wps.20716