Будущие направления для рассмотрение вопроса о концепции альянса включают необходимость: а) большего уточнения определений и консенсуса в отношении альянса и разногласий (оба страдают от слишком большого количества терминологий и методологических переводов, которые кажутся слишком далекими от оригинальной концепции); б) большего количества исследований на тему причинно-следственной связи развития альянса и разрешения конфликта (дополнительное изучение того, как каждый из них влияет на общее изменение); в) дополнительных исследований пациентов (персональные характеристики, чувствительность в отношении вмешательства) и психотерапевта (персональные характеристики, технические вмешательства) (как эти изменения влияют на развитие альянса и урегулирование разногласий). Кроме того, необходимо г) проводить больше исследований, направленных на изучение процессов восстановления разрыва, прилагать больше усилий по разработке параметров, основанных на наблюдении, и применению исследований со смешанными методами для изучения того, какие процессы (то есть конкретное поведение и взаимодействие пациента и психотерапевта) необходимы для восстановления; д) больше изучать тренинги, ориентированные на альянс (протоколы, разработанные для развития способностей психотерапевта развивать альянс) и их потенциальное влияние на процесс и результат психотерапии.

Эти усилия второго поколения могли бы в значительной степени снизить риск неудач, связанных с разладом альянса, и, следовательно, снизить частоту провалов в психотерапии, включая преждевременное прекращение лечения и плохое соблюдение протокола терапии.

J. Christopher Muran[1,2]

[1]Gordon F. Derner School of Psychology, Adelphi University, Garden City NY, USA

[2]Mount Sinai Beth Israel, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York NY, USA

Перевод: Моргун Е.О. (Москва)

Редактура: к. м. н. Дорофейкова М.В. (Санкт-Петербург)

Библиография

1. Castonguay L.G., Constantino M.J., Beutler L.E. (eds). Principles of change: how psychotherapists implement research in practice. Oxford: Oxford University Press, 2019.
2. Wampold B.E., Imel Z.E. The great psychotherapy debate: the evidence for what makes psychotherapy work. Oxford: Routledge, 2015.
3. Muran J.C., Barber J.P. (eds). Therapeutic alliance: an evidence-based guide to practice. New York: Guilford, 2010.
4. Bordin E.S. In: Horvath A.O, Greenberg L.S. (eds). The working alliance: theory, research, and practice. Chichester: Wiley, 1994:13–37.
5. Safran JD, Muran JC. Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide. New York: Guilford, 2000.
6. Norcross J.C., Lambert M.J. (eds). Psychotherapy relationships that work, 3rd ed. Oxford: Oxford University Press, 2019.
7. Baier A.L., Kline A.C., Feeny N.C. Clin Psychol Rev 2020; 82:101921.
8. Muran J.C., Eubanks C.F. Therapist performance under pressure: negotiating emotion, difference, and rupture. Washington: APA Books, 2020.
9. Barkham M., Lutz W., Castonguay L.G. (eds). Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change, 7th ed. Chichester: Wiley, 2021.

DOI:10.1002/wps.20973

Эффективность доступных в настоящее время психотерапевтических методов лечения посттравматического стрессового расстройства и будущие направления развития

Norman S. Effectiveness of currently available psychotherapies for post-traumatic stress disorder and future directions. *World Psychiatry*. 2022;21(2):309-310. doi:10.1002/wps.20974

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) вошло в DSM чуть более 40 лет назад. С тех пор было проведено более 300 завершенных рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) методов лечения этого состояния, около двух третей из которых включали одну или несколько методов психотерапии[1]. Поэтому неудивительно, что существует надежная доказательная база эффективных психотерапевтических методов лечения ПТСР.

Психотерапии, ориентированные на травму, в которых обработка воспоминаний и эмоций, связанных с травматическим событием, является основным фокусом на протяжении всего лечения, стали наиболее эффективными[2]. Метаанализы, как правило, показывают, что сокращение симптомов ПТСР происходит в больших масштабах, а также высокие показатели потери диагноза или ремиссии при этих методах лечения[2].

Среди травмоориентированных психотерапий, длительное воздействие (ПЭ) терапия, когнитивная терапия (СРТ), когнитивная терапия, десенсибилизация и переработка движения глаз выделяются как имеющие сильнейшие доказательства, потому что они были изучены больше всего, исследователями, отличными от тех, кто разработал лечение, и с самым широким разнообразием популяций и коморбидности.

Хотя было немного прямых сравнений психотерапии и фармакотерапии для ПТСР, метаанализ, который сравнивал размеры эффектов во всех исследованиях, обнаружил более значительные эффекты для психотерапии (g=1.14), чем лекарства (g=0.42)[3]. Есть также свидетельства того, что ПТСР можно эффективно лечить с помощью психотерапии, не ориентированной на травмы, которые, как правило, направлены на улучшение конкретных навыков, но размер эффектов, как правило, меньше, чем для психотерапии, ориентированной на травмы [2].

Доступность эффективных методов лечения коренным образом изменила наш взгляд на ПТСР от хронического состояния, которое мы в лучшем случае можем справиться, к состоянию, от которого можно оправиться. Хотя это чрезвычайно хорошая новость, предстоит еще проделать большую работу. Не все люди с ПТСР хотят или могут участвовать в психотерапии, ориентированной на травму; отсев от лечения ПТСР остается высоким (это верно для всех

типов лечения ПТСР, отчасти потому, что характерный симптом ПТСР – избегание); и некоторые люди, которые участвуют в этом лечении, остаются частичными респондентами или не отвечают.

Проводимую в настоящее время работу по дальнейшему повышению эффективности психотерапии для ПТСР можно в целом разделить на две категории: а) исследования, направленные на расширение участия и улучшение результатов существующих психотерапевтических методов, ориентированных на травму; и б) исследования по разработке и оценке новых методов психотерапии.

Повышение уровня адаптации таких пациентов является многообещающим с точки зрения улучшения вовлеченности в существующие психотерапии, – это массовое лечение, то есть сеансы психотерапии, проводимые несколько дней подряд или несколько раз в неделю. Этот формат позволяет пациентам завершить лечение за 2–4 недели, а не за 3–4 месяца, как это обычно бывает с еженедельными сеансами. Полевые исследования и небольшое число РКИ показывают, что коэффициент завершения лечения достигает 85%, при этом эффективность является хорошей или лучше, чем еженедельная терапия[4].

Еще одним перспективным направлением являются более короткие варианты лечения. Предварительный *RCT PE* для первичной медицинской помощи (*PE-PC*), 4-сессионная версия *PE*, где пациенты встречаются со своим терапевтом в течение 30 минут вместо 90 минут, показал, что более 80% участников завершили лечение. Это вмешательство привело к более значительному снижению тяжести ПТСР и общего стресса по сравнению с минимальным контактным контролем, и этот процесс продолжался в течение 6 месяцев[5]. Эта версия *PE* предназначена как часть пошагового подхода к уходу для тех, кто инициирует лечение ПТСР в первичной медико-санитарной помощи, и, как представляется, является адекватной дозой лечения для некоторых пациентов с ПТСР.

Общей чертой между массированной и более короткой психотерапией является то, что пациенты завершают лечение в более короткие сроки, что может способствовать более высоким темпам завершения по сравнению с тем, что мы обычно наблюдаем при лечении ПТСР.

Еще одним улучшением является то, что новые версии руководств *PE* и *CPT* дают больше рекомендаций тем, кто проводит сеансы, о том, как помочь пациентам справиться с распространенными, но иногда сложными, не основанными на страхе посттравматическими эмоциями, такими как вина и стыд, что может привести к тому, что пациенты с такими эмоциональными реакциями с большей вероятностью получат пользу от этого лечения. Когда появится больше результатов *RCT* с использованием новых версий этих руководств, сравнение размеров внутри группы между более новыми и более ранними исследованиями прольет свет на то, повышают ли эти изменения эффективность лечения.

Что касается исследований по разработке и оценке новых психотерапевтов для ПТСР, то основанная на травмах терапия уменьшения вины, которая фокусируется на снижении вины, связанной с травмами, имеет многообещающие предварительные результаты с полным запуском испытания[6]. Письменная экспозиционная терапия, в рамках которой пациентам предлагается написать о травматическом событии в соответствии со сценарием, была обнаружена в рандомизированном исследовании, как не относящаяся к *CPT* в снижении симптомов ПТСР и связанная со значительно меньшим количеством выбывших[7]. Обе эти психотерапии являются краткими (5 и 6 сеансов соответственно), что, как отмечалось выше, может способствовать более высоким темпам завершения лечения.

Нам еще многое предстоит узнать о ПТСР и его лечении, чтобы еще больше улучшить результаты психотерапии. Например, такие идентификационные факторы, как этническая и гендерная принадлежность, по-прежнему серьезно недооцениваются в связи с результатами лечения ПТСР. Более того, хотя в настоящее время существует целый ряд эффективных методов лечения, мало что известно о том, как оптимально подбирать метод лечения персонализированно для пациентов. Недавно завершенное сравнительное исследование эффективности *PE* и *CPT* для 900 участников программы Veterans Affairs может помочь пролить свет на этот вопрос[8], так же как и проходящий метаанализ лечения пациентов с сопутствующим ПТСР и расстройством токсикомании, который включает 42 испытания и использует индивидуальные данные пациента[9].

В настоящее время наилучшей практикой является совместное принятие решений между пациентом и психотерапевтом для информирования о выборе лечения. Знания, которые позволили бы выработать более индивидуализированные или точные рекомендации, могут стать фактором, повышающим результативность работы.

Подводя итог, можно сказать, что нам посчастливилось находиться в то время, когда более 40 лет исследований дали нам набор эффективных вариантов психотерапии при ПТСР, из которых пациенты и их психотерапевты могут выбирать. Несмотря на сохраняющиеся пробелы, в настоящее время проводятся дополнительные исследования, позволяющие надеяться на то, что в предстоящие годы мы сможем помочь большему числу людей более полно оправиться от ПТСР.

Sonya B. Norman

National Center for PTSD and University of California San Diego School of Medicine, San Diego, CA, USA

Перевод: Лукьянова А.В. (Санкт-Петербург)
Редактура: к.м.н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

Библиография

1. O'Neil ME, Harik JM, McDonagh M et al. J Trauma Stress 2020;33:410-9.
2. Lewis C, Roberts NP, Andrew M et al. Eur J Psychotraumatol 2020;11: 1729633.
3. Watts BV, Schnurr PP, Mayo L et al. J Clin Psychiatry 2013;74:e541-50.
4. Foa EB, McLean CP, Zang Y et al. JAMA 2018;319:354-65.
5. Cigrang JA, Rauch SA, Mintz J et al. Fam Syst Health 2017;35:450-62.
6. Capone C, Norman SN, Haller M et al. Contemp Clin Trials 2021;101: 106251.
7. Sloan DM, Marx BP, Lee DJ et al. JAMA Psychiatry 2018;75:233-9.
8. Schnurr PP, Chard KM, Ruzek JI et al. Contemp Clin Trials 2015;41:75-84.
9. Saavedra LM, Morgan-Lopez AA, Hien DA et al. Contemp Clin Trials 2021; 107:106479.

DOI:10.1002/wps.20974