От чего зависит продуктивность психотерапии?

ПСИБЛОГ.РФ

Исследование, проведенное американскими учеными, показало, что при работе с клиентом психотерапевту необходимо проявлять такое качество, как гибкость: **можно, нужно и даже должно** отклоняться от избранной терапевтической фабулы или методики. На языке профессионалов гибкость такого рода носит название «вариабельность приверженности терапии». Для клиента это может быть руководством к отказу идти за психотерапевтом, когда он в своей работе проявляет ригидность и предлагает гешатльт-терапию, психоанализ или, например, бихевиоральный подход. Терапевт должен работать так, как удобно клиенту только потому, что перед ним клиент.

Чтобы проверить эту гипотезу, американцы организовали курс терапии для 70 пациентов с аффективными расстройствами. В качестве психотерапевтов выступили 28 студентов-аспирантов, членов Американской Психологической Ассоциации. Терапия сопровождалась супервизией, по результатам которой была организована обратная связь и проводилась методика психодинамической коммуникации. У каждого терапевта оказалось по 2-3 клиента, выбранных в случайном порядке. Продолжительность психотерапии в среднем составила 9 месяцев.

Целью исследования была проверка значимости такого профессионально-важного качества терапевта, как **гибкость**. Учёные стремились установить связь между результатами психотерапии и способностью терапевта отклоняться от избранной методики терапии.

Напомним, что до этого считалось, что успех психотерапии обеспечивает именно приверженность методике – чем точнее соблюдается режим терапии, тем больше вероятность достижения положительных результатов. В 2008 году своём исследовании Имель и Уамполд отметили: «*Если конкретный компонент терапии имеет решающее значение для его успеха, то степень, в которой терапевт придерживается протокола терапии, должна быть связано с исходом*». К сожалению, для сторонников этой точки зрения, при проверке этого предположения оказалось, что результаты терапии зависели от приверженности лишь на 1%.

Авторы представленной здесь научной работы, считают, что изменение терапевтической тактики может считаться вполне оправданным, поскольку в этом случае некоторые клиенты быстрее, реагируют на терапию, что в конечном итоге приводит к необходимости корректировки и адаптации выбранного терапевтом подхода.

Учёные решили проверить свою рабочую гипотезу. Они определили, сколько терапевтов из представленной выборки сохраняют приверженность методике на протяжении курса, сколько позволяют себе отклонение от избранной стратегии, и как это сказывается на динамике психотерапии.

Исследование показало, что результат терапии зависит от гибкости психотерапевта на 10%, что превышает значение других факторов терапии. Это подтверждает гипотезу, что способность терапевта быть чутким к нуждам клиента значительно влияет на успех терапии.

Теперь, для дальнейшего изучения открываются многие вопросы. В частности, намеренно ли терапевты уделяют методике больше или меньше внимания? Вынуждает ли их к этому поведение пациента во время терапии? И т.д.

ПСИБЛОГ.РФ

Значимость гибкости терапевта в результате психотерапии

Owen J, Hilsenroth MJ., Treatment adherence: the importance of therapist flexibility in relation to therapy outcomes. J Couns Psychol. 2014 Apr;61(2):280-8. doi: 10.1037/a0035753. Epub 2014 Mar 17.

Используемые сокращения:
СШПП – Сравнительная шкала психотерапевтических процессов (CPPS)
КОС – Краткий опросник симптомов (BSI)
ОУСП – Оценка улучшения состояния пациента (PEI)
ОАКФ-П – Объединенный альянс – краткая форма для пациента (CASF-P).
ПК – Психодинамическая коммуникация (PI)
КП – Когнитивно-поведенческий подход (CB)
ОИТ – Общий индекс тяжести (GSI)
ИКК – Индекс контроля качества (RCI)
СО – Среднее отклонение (SD)
ОТМ – Оценка терапевтической модели (TMA)

Эффективность психотерапии представлена широким диапазоном её условий и контекстов (Ламберт, 2013; Уамполд, 2001). Гораздо сложнее рассмотреть процесс действия терапии. Тем не менее, было предложено множество механизмов изменения, включая общие факторы, такие как альянс и эмпатия, а также теоретические факторы – методики терапии (Имель и Уамполд, 2008; Трэйси, Лихтенберг, Гудйер, Клэйборн и Уамполд, 2003; Уамполд и Бадж, 2012). Мы выделили один фактор (приверженность – соблюдение режима терапии) и рассмотрели, как вариабельность приверженности к терапии может быть связана с результатами психотерапии.

Приверженность к терапии, или степень, в которой клиент и психотерапевт действуют согласно методике или подходу, определяет точность проведения терапии (Шарплессом и Барбер, 2009; Уэбб, ДеРубис и Барбер, 2010). Кроме того, как отметили Имель и Уамполд (2008): «Если конкретный компонент терапии имеет решающее значение для его успеха, степень, в которой психотерапевт придерживается протокола терапии должно быть связано с исходом» (стр. 253). Во время проверки этого предположения мета-анализ Уэбба и коллег (2010) показал, что приверженность к терапии составила менее 1% результатов терапии. Такой небольшой эффект отражает результат ряда исследований, показавших, что большая приверженность может быть пагубной, полезной или связанной с исходом в незначительной степени (например, Генри, Страпп, Батлер, Шахт и Биндер, 1993; Люборски, Маклеллан, Вуди, О'Брайен и Ауэрбах, 1985; Пайпер, Азим, Джойс и МакКаллум, 1991; Странк, Бротман и ДеРубис, 2010; Уебб и коллеги, 2012 г.). В целом эти результаты свидетельствуют о том, что приверженность не обеспечивает последовательную линейную связь с исходом терапии. Тем не менее, была установлена криволинейная связь, которая может зависеть от третьих переменных, таких как терапевтический альянс – союз между пациентом и психотерапевтом для достижения оптимальных результатов терапии (например, Барбер и коллеги, 2006, 2008; Гастон, Томпсон, Галлахер, Курнойер и Ганьон, 1998; Оуэн и Хильсенрот, 2011).

Приверженность к терапии может также охарактеризовать процесс течения терапии. Вариабельность приверженности можно исследовать несколькими способами: (а) в рамках курса терапии (приверженность на протяжении курса), (б) между клиентами

(приверженность в терапии разных клиентов) или (в) между терапевтами (приверженность разных терапевтов).

Большинство исследований, которые изучали связь приверженности и исхода терапии, были сосредоточены на вариабельности у разных клиентов (например, зависит ли исход психотерапии от вариабельности в показателях приверженности; Уэбб и коллеги, 2010). Эти оценки курсов терапии разных клиентов отвлекают от важности изучения вариабельности внутри курса одного клиента. Например, средние показатели приверженности относительно схожи на ранних и более поздних сеансах (Аккерман, Хильсенрот и Ноулз, 2005; Херсог, Богвальд и Хогленд, 2003; Минонн, 2008). Средние показатели по всем клиентам не предоставляют информацию о различиях в показателях приверженности для конкретного клиента (например, некоторые клиенты могли получить больше интерпретаций, а другие меньше). Мы сосредоточим наше внимание на том, как моделировать вариабельность показателей приверженности внутри диады клиент-терапевт в течение курса терапии для прогнозирования исхода психотерапии разных клиентов. В дальнейшем мы будем называть вариабельность показателей приверженности внутри диады клиент-терапевт *вариабельностью в рамках случая*.

Вариабельность приверженности в рамках случая – это изменение методов терапии в течение курса терапии для любой конкретной диады клиент-терапевт по отношению к их собственной норме.

Концептуально, приверженность к терапии является переменной процесса, в котором психотерапевты и клиенты участвуют в интервенциях в рамках избранной методики, и эти меры могут варьироваться на основе потребностей клиентов и колебаться в течение курса. Как и в случае с другими переменными процесса, уникальные взаимодействия клиента и терапевта основаны на значительной доле дисперсии показателей приверженности к терапии (от 12% до 69%; Имель, Баэр, Мартино, Болл и Кэрролл, 2011; Оуэн и Хильсенрот, 2011).

Есть подтверждение того, что гибкость в подходах терапии приносит пользу (Галовски, Блэйн, Мотт, Элвуд и Хаул, 2012 Маккалоу и коллеги, 2003), а также призывает терапевтов быть чуткими к потребностям своих клиентов путем корректировки подхода терапии (например, иногда лучше увеличить поведенческие интервенции, в других случаях лучше уменьшить; Стайлз, 2009; Стайлз, Хонос-Уэбб, 1998; Уамполд, 2001). Тем не менее, вариабельность в оценках приверженности может и не быть положительным знаком в терапии. Например, вариабельность приверженности внутри случая может отражать недостаток навыков или знаний психотерапевта о том, как вести клиента, что становится особенно заметно, когда терапевт изучает новые подходы к терапии. Высказывались предположения, что предпочтительным является достижение стабильности и последовательности на протяжении курса (Критс-Кристоф и коллеги, 2011; Деннаг и коллеги, 2013; Вассерман, Леви и Локен, 2009). Если это верно, вариабельность приверженности может отрицательно сказаться на исходе терапии.

Кроме того, колебания в приверженности могут быть результатом различных уровней мотивации клиента, восприимчивости или устойчивости к интервенциям. Это значит, что некоторые клиенты могут быстрее реагировать на определенные методы психотерапии, что в конечном итоге приводит к снижению необходимости для интервенций, по сравнению с теми клиентами, которые реагируют медленнее и требуют устойчивого фокуса (Стайлз, 2009, 2013). Кроме того, действия некоторых клиентов на протяжении курса (например, прерывание терапии) и на сеансе (например, опасное поведение, обусловленное неосознанными мотивами) может заставить терапевта соответствующим образом адаптировать подход и методику.

Вариабельность приверженности может также отражать процесс, в котором клиент и терапевт совместно работают в поиске наиболее подходящих способов для достижения целей психотерапии. Этот процесс обычно ассоциируется с альянсом (Голдман, Хильсенрот, Оуэн и Голд, 2013; Хильсенрот, Кромер и Аккерман, 2012, Хорват, Дель Ре, Флюкигер и Симондс, 2011; Оуэн, Риз, Квирк и Родольфа, 2013). Например, терапевты обычно корректируют подход для решения различных клинических ситуаций, таких как разрывы терапевтических отношений или отсутствие прогресса в изменении симптомов (Константино, Босвэлл, Бернекер и Кастонгвэй, 2013). Вариабельность приверженности может быть связана с аспектами терапевтического альянса, в котором клиент и терапевт работают в тесном сотрудничестве для достижения целей клиента (Хорват и коллеги, 2011; Колден, Кляйн, Ван и Остин, 2011; Трион и Виноград, 2011).

Данная работа поднимает вопрос о том, может ли вариабельность приверженности внутри случая характеризовать терапию и определить исход. Для нас важно понять, как гибкость психотерапевта в использовании методов внутри случая может прогнозировать исход терапии разных терапевтов (соответственно, разных клиентов). Покажут ли терапевты, которые демонстрируют больше гибкости в рамках одного случая, лучшие результаты со всеми клиентами, по сравнению с терапевтами, менее гибкими в методах? В особенности мы предполагаем, что вариабельность приверженности к терапии по методу психодинамических интервенций будет положительно связана с исходом психотерапии.

Метод

Участники

Семьдесят клиентов (74% женщин, 26% мужчин; средний возраст 29,8 лет, СО – 11.00) получили психодинамическую терапию в амбулаторной клинике на базе университета. Первичный диагнозы были поставлены в соответствии с Диагностическим и статистическим руководством по психическим расстройствам (4-е изд; Американская психиатрическая ассоциация, 1994). Эта выборка состояла в основном из пациентов с аффективными расстройствами (т.е. депрессивные синдромы 66,5%).

Терапевты

Терапевтами стали 28 успевающих студента аспирантуры (13 мужчин и 15 женщин), принятые в Американскую Психологическую Ассоциацию. Каждый психотерапевт получал как минимум 3,5 часа супервизии в неделю (1,5 часа индивидуальной и 2 ч групповой) по оценке терапевтической модели (ОТМ/ТМА; Финн и Тонсагер, 1997; Хильсенрот, 2007); клиническим интервенциям, организации обратной связи, психодинамической теории. Все терапевты прошли подготовку к психодинамической оценке и психотерапии. В среднем, терапевты лечили 2,5 клиента (диапазон: 1- 4).

Процедура

Медицинские случаи были назначены психотерапевтам на основании их готовности. После распределения пациенты получили психологическую оценку, основанную на ОТМ. ОТМ – мультиметод оценки, который включает в себя первичную беседу с последующим заполнением анкеты самоотчета и теста открытых ответов. В этом процессе терапевты работали совместно с пациентами, чтобы развить эмпатическую связь. Кроме того, были обозначены цели и временные рамки терапии (время и частота сеанса, а также план оплаты). Психотерапевты поделились с пациентами результатами оценки. Пациенты и терапевты также прошли интервью социализации, разработанное

Люборски (1984) о том, что ожидать в психодинамической психотерапии и каковы роли пациента и терапевта во время терапии.

Терапия включала сеансы психодинамической терапии один или два раза в неделю. Ключевые особенности модели психодинамической терапии, используемой в этих сеансах, включали (а) акцент на аффекте и выражении эмоций; (б) исследование попыток избежать темы или участвовать в деятельности, которые могут помешать прогрессу терапии; (в) выявление закономерностей в действиях, мыслях, чувствах и отношениях; (г) акцент на прошлом опыте; (д) акцент на межличностных переживаниях; (е) акцент на терапевтических отношениях и союзе; и (г) изучение желаний и фантазий. Кроме того, была использована (2000) модель интервенций Сафрана и Мурана (2000) при прерывании и возобновлении терапии.

Продолжительность терапии не была зафиксирована или ограничена. Все сеансы были засняты на видеоплёнку. Пациенты, включенные в настоящий анализ, посетили минимум девять сеансов. Среднее количество сеансов участием 70 пациентов составило 27.5 сеансов в течение в среднем девять месяцев. Исследование было одобрено Экспериментальным Советом Института.

Измерение

Краткий опросник симптомов (КОС/BSI).

КОС (Дерогатис, 1993) – опросник для оценивания пациентами симптомов при соматических жалобах, обсессивно-компульсивном поведении и мыслях, межличностной чувствительности, депрессии, тревоге, враждебности, фобических реакциях, паранойе с использование 5-бальной шкалы оценки от 0 («совсем нет») до 4 («чрезвычайно»). Данная мера содержит суммарный балл, общий индекс тяжести (ОИТ/GSI), который считается лучшим индикатором текущего уровня симптоматического стресса. Исходные показатели ОИТ были скорректированы для контроля последствий регрессии к среднему значению. Для контроля регрессии исходных показателей к среднему значению мы рассчитали скорректированные исходные показатели, используя формулу, предложенную Шпеером (1992): скорректированный исходный балл [rc_{xx} (X-M)] + M, где r_{xx} представляет надежность повторного тестирования инструментом оценки, X представляет собой индивидуальный балл пациента по инструменту оценки в исходной точке измерения, и M представляет собой средний балл для всех пациентов по инструменту оценки на исходной точке измерения. Эти скорректированные исходные показатели были затем использованы для расчета показателя индекса контроля качества (ИКК/RCI; Якобсен и Труа, 1991) для ОИТ: ОИТ-ИКК [Скорректированная базовая линия ОИТ - Последний сеанс-ОИТ] / Стандартное отклонение, где стандартное отклонение V [2*(стандартная погрешность^2)]. ИКК является постоянной переменной, которая представляет собой величину изменения для учета погрешности измерения и регрессии к среднему значению. Средние значения ОИТ предварительного и последующего терапии выборки были 1,40 (СО = 0,58) и 0,70 (СО = 0,62), соответственно (t = 4,40, p >.001, d = 1,2), что отражает значительные изменения в общей симптомологии на протяжении курса терапии.

Оценка улучшения состояния пациента (ОУСП/PEI; Хэтчер И Барендс,1996).

ОУСП – это опросник с 16 вопросами на оценку улучшений во время психотерапии в широком диапазоне функционирования пациента (то есть за пределами симптоматических изменений). Эта мера создана по модели опросника, разработанного Александером и Люборски (1986) для оценки изменений, связанных с психотерапией. Вопросы позволили оценить изменение общего функционирования пациента, уровень

симптоматического стресса, интимные и социальные отношения, работу или школу, отношение к себе, поведение, контроль над жизнью, терпимость к болезненным ощущениям и способность делиться ими, а также пользу, эффективность, продуктивность и удовлетворенность результатом психотерапии. Четырнадцать из этих пунктов были оценены по 9-балльной биполярной шкале в диапазоне от 1 (намного хуже) до 9 (намного лучше), при этом оценка 5 представляла отсутствие изменений; один вопрос ("В какой степени ваши первоначальные симптомы улучшились?") оценивался по 7-балльной шкале от 1 (совсем нет) до 7 (значительно), где оценка 4 представляла умеренное изменение; также один открытый вопрос касаемо мнения о терапии. Эта мера продемонстрировала положительные ассоциации с предварительными и последующими проявлениями симптомов (Хук, Дэвис, Оуэн и Уортингтон, 2013 г., Оуэн и Хильсенрот, 2011), посттерапевтические рейтинги пациентов по этому показателю были M = 104,72, CO = 13,04.

Объединенный альянс – краткая форма для пациента (OAKФ-П/CASF-P).

OAKФ-П (Хэтчер и Барендс, 1996) – это мера измерения альянса пациентом, созданная из факторного анализа ответов 231 амбулаторных пациентов университетской клиники на основе трех широко используемых мер измерения альянса. OAKФ-П состоит из 20 вопросов с 7-балльной шкалой от 1 (никогда) до 7 (всегда). Предыдущие исследования подтверждают надежность и обоснованность этой меры. Пациенты были проинформированы устно и в письменной форме, что их терапевт не будет иметь доступ к их ответам.

Сравнительная шкала психотерапевтических процессов (СШПП/CPPS).

СШПП основывается на результатах двух эмпирических обзоров процесса психотерапии в сравнительной литературе (Блэджис и Хилсенрот, 2000; Хильсенрот и коллеги, 2005). Это краткий описательный критерий, разработанный с целью оценки деятельности терапевта и методов, используемых в ходе терапевтического часа. С помощью этих обзоров был разработан перечень мероприятий на основе эмпирической литературы, которая представляет характерные черты психодинамической коммуникации (ПК/PI) и когнитивно-поведенческой терапии (КП/CB). Критерий состоит из 20 произвольно упорядоченных методик с 7-балльной шкалой оценки от 0 (нехарактерно) до 6 (характерно). Десять утверждений касались интервенции ПК (СШПП-ПК, например: «Терапевт фокусируется на обсуждении вопроса о взаимоотношениях между врачом и пациентом») и 10 утверждений – интервенций КП (СШПП-ПК, например, «Терапевт предлагает пациенту пройти отдельные мероприятия или задачи вне сеанса (домашнее задание).

Надежность и клиническая обоснованность СШПП подтверждена ранее (Хильсенрот, 2007). Видеозаписи сеансов для каждого пациента были распределены в произвольном порядке и независимо друг от друга просмотрены и закодированы двумя рейтерами, специалистами в области клинической психологии. Сразу после просмотра видеозаписей судьи независимо заполнили СШПП; каждая подшкала (ПК и КП) была закодирована в случайном порядке.

В настоящем исследовании мы использовали подшкалу СШПП-ПК, основанную на независимых клинических оценках видеозаписей третьего, девятого и конечного сеансов (на котором завершилось 90% терапии). На 3 сеансе средние показатели ПК были: M = 32.72, CO = 6.97; КП: M = 12,44, CO = 5,46; на 9 сеансе ПК: M = 34.74, CO = 8.25, и КП: M = 10,52, CO = 4,35; и на фазе завершения ПК: M = 33,65, CO = 7.93, и КП: M = 11,04, CO = 5.17. Различия между ПК и КП во всех временных точках были статистически значимыми, *t*s >

18.00, *p*s >.001, *d*s > 4.0. Таким образом, терапия была характерна психодинамической, и показатели СШПП-ПК были приблизительно в средней точке рейтинговой шкалы. Коэффициенты альфы для шкал СШПП-ПК и СШПП-КП в этом исследовании были .80 и .72 соответственно, на третьем сеансе; .83 и .73 соответственно, на девятом; и на фазе завершения.80 и .75 соответственно.

Анализ

Во-первых, для определения показателей вариабельности ПК в пределах случаев мы вычислили дисперсию вокруг установленной линии регрессии для каждого клиента, в которой баллы ПК со временем регрессировали. Другими словами, эта оценка отражает количество изменчивости в баллах ПК за курс терапии (третий, девятый и завершающий сеансы) для каждого клиента. В дальнейшем мы будем ссылаться к этому значению следующим образом: «*ПК в рамках случая»*.

Во-вторых, мы проверили наличие связи между вариабельностью ПК в рамках случая и результатом терапии. Были использованы многоуровневые модели для обнаружения взаимозависимости в данных. То есть некоторые клиенты (на уровне 1) лечились у одного терапевта (на уровне 2). В моделях 1 и 2 мы предсказали показатели ОИТ-ИКК и ОУСП в рамках случая (на уровне 1) с вариабельностью в рамках случая ПК. Объединённое уравнение:

ОИТ/ОУСП = γij_{00} + γij_{10} (вариабельность ПК в пределах случая) + [e + u_0]

Yij_{00} – это отклонение для клиента, которого лечит терапевт j.

Yij_{10} – это связь между вариабельностью ПК и исходом терапии для клиента, которого лечил терапевт j. Скобки означают условия погрешностей, в которых результаты терапии могли различаться в зависимости от терапевтов (СО).

Далее, мы хотели учесть общий уровень методов ПК, полученной клиентами. Для этого мы добавили совокупный уровень методов ПК, применённых в течение терапии (на уровне 1). Таким образом, объединённое уравнение для моделей 3 и 4:

ОИТ/ОУСП = γij_{00} + γij_{10} (вариабельность ПК в пределах случая) + γij_{20} (средний показатель ПК) + [e + u_0]

В этой модели γij_{20} отражает связь между средней ПК и результатами терапии для клиента, который лечился у терапевта j. Соответственно, эта модель проверяет связь между показателем вариабельности ПК в рамках случая и результатами терапии после учета среднего количества методов ПК за весь курс.

Затем мы применили две последние модели, добавив к уравнению показатели альянса девятого сеанса (на уровне 1). Это было сделано для того, чтобы определить, были ли показатели вариабельности ПК в рамках случая связанны с результатами терапии после расчёта баллов альянса. Уравнение:

ОИТ/ОУСП = γij_{00} + γij_{10} (вариабельность ПК в пределах случая) + γij_{20} (средний показатель ПК) +γij_{30} (альянс)+ [e + u_0]

Yij03 – это связь между показателями альянса на девятом сеансе и результатами терапии для клиента, который лечился у терапевта j. Мы также рассчитали изменения в псевдо-R^2 для дисперсии 1-го уровня: [дисперсия 1 уровня в модели А (Базовая модель, без предикторов) – дисперсия 1-го уровня в модели В (предиктор - вариабельность ПК по клиенту) / дисперсия 1-го уровня в модели А] (Роденбуш и Брик, 2002). Анализы были проведены с использованием HML 6.0 (Роденбуш, Брик, Чонг и Конгдон, 2005).

Результаты

Двумерные корреляции показали, что вариабельность ПК в рамках случая значительно коррелирует с показателями ОИТ-ИКК (r = 0,414) и ОУСП (r = 0,317),

предполагая, что она рассчитана примерно на 10%-17% дисперсии в результатах терапии. Тем не менее, среднее количество ПК в течение курса терапии не было в значительной степени связано с ОИТ-ИКК (r = 0,214) или ОУСП (r = 0,173). Альянс в оценке клиента был в значительной степени связан с ОУСП (r = 0,547), но не с ОИТ-ИКК (r = 0,110).

Далее, мы протестировали наши модели в контексте многоуровневого моделирования. Результаты показали, что вариабельность ПК в рамках случая была значимым предиктором ОИТ-ИКК и ОУСП после проверки дисперсии в результатах терапии. Мы исследовали уменьшение дисперсии случайных эффектов 1-го уровня от базовой модели к модели, в которой была добавлена вариабельность ПК в рамках случая. Дисперсия, объясняемая в ОИТ-ИКК, составила 10,09%, а в ОУСП – 11,24%. Эти показатели согласуются с установленными выше в двумерных корреляциях.

Когда мы добавили средний балл ПК к модели, результаты вариабельности ПК в рамках случая были по-прежнему в значительной степени связаны с обоими результатами (т.е. ОИТ-ИКК или ОУСП). Кроме того, средний балл ПК не был в значительной степени связан с результатами терапии с ОИТ-ИКК или ОУСП. Когда к модели была добавлена девятая сессия альянса, результаты показали, что вариабельность ПК в рамках случая по-прежнему демонстрировала связь с ОИТ-ИКК, которая, вероятно, возникла из-за несущественной связи между альянсом и ОИТ-ИКК. Тем не менее, связь между вариабельностью ПК в рамках случая и ОУСП оставалась значимой, когда к модели добавился альянс.

Обсуждение

Мы проверили связь между приверженностью к терапии и результатами терапии новым способом, в котором вариабельность в рамках случая была рассмотрена отдельно от среднего количества методик, используемых в психотерапии. На сегодняшний день изучена только степень, в которой приверженность связана с результатами терапии (Уэбб и коллеги, 2010). Более конкретно, результаты подтвердили положительную связь между показателями вариабельности ПК в рамках случая и исходом терапии, изменениями в симптомах (например, ОИТ) и широким диапазоном функционирования пациента (т.е. ОУСП). Эти ассоциации были очевидны даже после контроля показателей альянса, общих уровней методов ПК в терапии, а также изменчивости результатов терапии, приписанных психотерапевту. В частности, на вариабельность ПК в рамках случая приходится примерно 10% -11% от дисперсии в результатах терапии. Эти показатели превосходят оценки связи между приверженностью и результатами, найденные в мета-анализе Уэббом и коллегами ранее (1%) и уровень участия в этой ассоциации методик ПК в данном исследовании (3% - 4,5 %). Кроме того, показатели вариабельности ПК в рамках случая, как правило, более содержательны, и в некоторых случаях больше, с дисперсией, рассчитанной в результатах терапии общими факторами, такими, как альянс, конгруэнтность и сотрудничество (Критс-Кристоф, Гиббонс, Гамильтон, Ринг-Курц и Галлоп, 2011; Хорват и коллеги, 2011; Колден и коллеги, 2011; Трион и Виноградa, 2011).

Эти результаты поднимают вопрос: почему вариабельность приверженности связана с лучшим результатам терапии? Хотя наше исследование не позволяет делать однозначные выводы, в качестве объяснения мы предлагаем гибкость приверженности. Она может отражать способность и усилие психотерапевта реагировать на возникающий контекст сеанса и потребности клиентов путем регуляции интенсивности конкретных методов (например, Константино и коллеги, 2013, Фрэнк и Фрэнк, 1991; Стайлз, 2009, 2013; Стайлз и коллеги, 1998; Уамполд, 2001). Кроме того, необходимость корректировки подхода терапии может быть признаком эффективной диады терапевта и клиента (Кастонгуай и коллеги, 1996 и 1998; Шут и коллеги, 2005).

Как и почему психотерапевт может быть гибким на сеансе? Мы предполагаем, что интервенции различных терапевтических подходов могут быть интегрированы в преобладающую модель психотерапии. Например, Голд и Стрикер (2001, 2012) предположили, что интеграция и ассимилированное использование когнитивно-поведенческих методов в психодинамической методике может привести к благотворным результатам терапии. Мы обнаружили поддержку этой ассимиляционной модели в том, что психотерапевты, которые уделяли больше внимания определению конкретных целей и фокуса психотерапии со своими пациентами, а также обеспечивали четкое обоснование избранной модели, получили более сильный терапевтический альянс на основании уверенности пациента в терапевтическом процессе и его согласии с ним (Голдман, 2013).

Другим возможным объяснением гибкости подхода в текущих данных может быть подготовка терапевта и использование модели Сафран и Муран (2000) для решения проблемы сопротивления, разрыва и восстановления. Ключом к этой модели является акцент на терапевтических отношениях. Гибкость психотерапевта в подходе также связана с индивидуальными характеристиками клиента. Например, некоторые клиенты требуют большей интенсивности использования терапевтического метода в связи с меньшей мотивацией или большей тяжестью заболевания, в то время как другие более мотивированы и на строены на работу и требуют меньше интенсивности (Хогленд и коллеги, 2011; Имель и коллеги, 2011; Стайлз, 2013).

Наши результаты также предполагают, что следует с осторожностью интерпретировать вариабельность приверженности как отсутствие технических навыков или знаний со стороны терапевта, и что такая вариабельность будет отрицательно связана с результатами.

При рассмотрении вопроса о достоинствах исследования важно учитывать некоторые методологические контексты. Во-первых, терапевты прошли тренинг, что, возможно, повлияло на показатели приверженности. Однако, в других исследованиях вариабельность показателей приверженности в рамках одного случая была аналогичной величины (Имель и коллеги, 2011). Тем не менее, это первое исследование, изучившее соблюдение режима терапии с этой стороны, и, как и все гипотезы, нуждается в репликации. Кроме того, данное исследование отражает один подход к терапии – психодинамический, – и мы оценивали приверженность только в рамках этой методики. Таким образом, остается неясным, подтвердятся ли результаты в рамках других подходов и с другими мерами оценки.

Кроме того, показатели вариабельности ПК в пределах случая были основаны на трех наблюдениях за весь курс терапии; таким образом, мы не знаем, покажут ли эти сеансы вариабельность приверженности в других точках в терапии. Существует баланс между количеством рейтингов и ресурсов, необходимых для адекватной кодировки такого количества сеансов. Предыдущие исследования приверженности имеют не более двух оценок, большинство – одну (Уэбб и коллеги, 2010). Кроме того, в данном исследовании мы не обращались к срокам приверженности. Текущая выборка состояла только из тех, кто закончил курс терапии (то есть посетил более 9 сеансов). Это было сделано для получения по крайней мере трёх оценок методов для расчета вариабельности по клиенту. В дальнейших исследованиях может потребоваться кодирование большего количества сеансов ещё в начале терапии, чтобы определить связь вариабельности приверженности в рамках случая с отказом от терапии.

Таким образом, наше исследование показало, что изменчивость в показателях приверженности положительно связана с исходом психотерапии в психодинамической терапии. Соответственно, регуляция интенсивности использования методики в терапии может привести к положительным результатам. Тем не менее, многие вопросы остаются

открытыми и могут быть рассмотрены в будущих исследованиях. Намеренно ли терапевты уделяют методике больше или меньше внимания? Вынуждает ли их к этому поведение пациента во время терапии? Вероятно, имеет место и то, и другое в постоянном циклическом взаимодействии. Тем не менее, возможно, психотерапевты могли бы: (а) обращать внимание на стабильность применения методов по ходу терапии и отклонения от траектории методики, (б) принимать решение о необходимости повышать или снижать интенсивность методов для помощи клиенту, (с) быть гибким в своем подходе вне зависимости от регламента конкретной модели терапии. Другими словами, способность приспосабливаться к ситуации и своевременно использовать или отказываться от методов на протяжении курса терапии может привести к положительным результатам терапии.

ПсиБлог