

МЕХАНИЗМЫ ИЗМЕНЕНИЙ, ПОСРЕДНИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ И ОЦЕНКА ИХ ВЛИЯНИЯ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

В настоящей публикации представлен обзор литературы по исследованию механизмов изменений, посреднических эффектов и оценка их влияния на эффективность психотерапии при алкогольной зависимости (АЗ). Были проанализированы электронные базы данных: «Current Contents», «ЕТОН», «Medline», «PsycInfo», «PubMed» с 1976 года. В обзор включены результаты исследований различных видов и методов психотерапевтического лечения, с избирательной ориентированностью на различные патогенетические механизмы. Проведен анализ активных компонентов методик лечения АЗ, определяющих их эффективность. Представлены методологические аспекты проведения исследований по изучению эффективности методов психотерапии АЗ. Представлены основные понятия о роли посредников при психотерапевтических вмешательствах и их влиянии на эффективность данных мероприятий при лечении АЗ. Обсуждены активные компоненты психотерапевтических вмешательств при лечении АЗ. Обсуждена роль отдельных компонент и их взаимодействия, а также возможных механизмов изменений психотерапевтического процесса при АЗ, как внутри, так и за его пределами. Представлена оценка применяемых методик психотерапии АЗ и возможные перспективы их эффективного применения в зависимости от индивидуальных клинических характеристик заболевания и особенностей его формирования.

Ключевые слова: *алкогольная зависимость, методы лечения, обзор, эффективность, механизмы изменений, посреднические эффекты.*

D. A. Donskoy, A. V. Kopytov

THE MECHANISMS CHANGES MEDIATING EFFECTS AND ASSESS THEIR IMPACT ON THE EFFECTIVENESS OF PSYCHOTHERAPY FOR ALCOHOL DEPENDENCE

This article presents a literature review on the study of mechanisms of change, mediating effects and assess their impact on the effectiveness of psychotherapy for alcohol dependence (AD). Were analyzed

□ В помощь практикующему врачу

electronic databases: "Current Contents", "ЕТОН", "Medline", "PsycInfo", "PubMed" since 1976. The review includes the results of studies of various kinds and psychotherapeutic treatments, with electoral orientation on different pathogenetic mechanisms. Were analysed the active components of the treatment methods AD determining their effectiveness. Were presented methodological aspects of research on the effectiveness of psychotherapy AD. Shown the basic concepts of the role of intermediaries in the psychotherapeutic interventions and their impact on the effectiveness of these measures in the treatment of AD. Discussed the active ingredients of psychotherapeutic interventions in the treatment of AD. Discussed the role of the individual components and their interaction, as well as possible mechanisms of the therapeutic process changes at AD, both inside and outside. Provides an assessment of applied psychotherapy techniques AD and possible prospects for their effective application, depending on the individual clinical characteristics of the disease and the characteristics of its formation.

Key words: *alcohol dependence, treatment methods, review, effectiveness, mechanisms of changes, intermediary effects.*

В исследовании лечения зависимостей значительные усилия были сосредоточены на лечении основных эффектов и только в некоторых случаях на посреднических. Относительно немного работ, проверяющих предполагаемые механизмы действия или идентифицирующих переменные процесса, обеспечивающих эффекты лечения. Среди исследователей, изучающих психотерапевтические интервенции для депрессии, тревоги и расстройств личности, есть богатая традиция исследований механизмов и процессов изменений, которые имеют почти 50-летнюю историю. Большая часть этих работ была всесторонне обобщена в ряде влиятельных глав обзора Orlinsky и соавт. [28].

В обширном обзоре литературы Orlinsky и др. разработали общую модель психотерапии, которая в значительной степени сосредоточена на различных аспектах взаимодействия между пациентами и врачами. Модель состоит из ряда компонентов: договора между пациентом и терапевтом; терапевтической связи; представления пациента о проблеме в виде мыслей, чувств и поведения; конкретных терапевтических методах; ответа пациента на эти методы и мероприятия; эффектах в пределах процедуры; временных закономерностей, наблюдаемых во время и между сессиями. При зависимостях, имеют место некоторые исследования о влиянии терапевтического альянса или связи, а также анализ строгого соблюдения процедуры в реализации терапевтических методов. Тем не менее, большинство компонентов модели Orlinsky и соавт. не заслуживают должного внимания.

Doss [6] предложил упрощенную версию универсальной модели психотерапии, которая состоит из 4 компонентов: процессы изменения в терапии, процессы изменения клиента, механизмы изменения и результаты терапии. К процессам изменений в терапии относятся вмешательства, директивы и заявления, сделанные терапевтом. Процессами изменений клиента являются поведение и опыт клиентов в ходе сессии, в ответ на поведение и интервенции терапевта. Механизмы изменений - промежуточные изменения у пациентов, которые следуют из процессов изменений в пределах процедуры. Эти изменения измеряются пределами терапевтической сессии. Результаты терапии, относятся к влиянию общего курса лечения, кото-

рые оцениваются в конце вмешательства или во время последующего наблюдения.

Большинство исследований терапевтического процесса при лечении аддиктивного поведения, были направлены на изучение потенциальных посреднических механизмов изменений. На данный момент, существует мало доказательств того, что предполагаемые активные компоненты поведенческих вмешательств, таких КПТ или ИМ, фактически были посредниками эффектов лечения [16, 24]. Даже когда имеется существенное посредническое влияние, не всегда ясно, что привело к изменениям. Малоизвестно, какие аспекты поведения терапевта, реакции пациента или другие синергетические эффекты, вытекающие из взаимодействия между двумя сторонами, производят изменение посредника.

Исследователи психотерапии сосредоточили больше внимания, чем исследователи в области наркологии, на том, что происходит между терапевтом и пациентом во время психотерапевтической сессии, и как это связано с изменениями симптомов на следующей неделе или в более поздние сроки [28].

В большинстве случаев оценка эффективности проводится с применением систем анамнестических и анкетных опросов, используемых для сбора данных о содержании сессии, руководствующихся специфическими теориями терапевтического процесса (например, психодинамической, когнитивной) и критериями, разработанными с учетом охвата ключевых конструкций в этих теориях. Тем не менее, системы анкетирования часто оценивают более общие терапевтические факторы и в некоторых случаях, факторы заимствованы из других теоретических перспектив.

Поскольку проекты, используемые в большинстве исследований процесса психотерапии, не носят экспериментального характера, гипотезы относительно причинно-следственных связей между факторами в ходе сессии и последующим изменением симптомов или статуса не могут быть непосредственно проверены. Это представляется не простым даже при использовании достаточно сложных аналитических методов, включая анализ надежности, анализ временных рядов и обобщенные оценочные уравнения, которые могут, по крайней мере, дать представление о направ-

лении эффектов между переменными и проверить концептуальные модели процесса терапии.

Один из подходов изучения механизмов изменений, которые были приняты исследователями психотерапии, предполагают сосредоточить внимание на так называемых «критических сессиях».

Tang и DeRubeis [33] отметили, что значительный процент пациентов, прошедших КПТ депрессии испытали резкие улучшения (значительное снижение баллов по шкале «Beck Depression Inventory»), происходящие между двумя сеансами в какой-то момент их лечения, которые составляют более 50% от общего уровня улучшения к концу лечения. Это явление впоследствии было воспроизведено другими исследователями при исследовании лечения депрессии [9, 29]. Следует отметить, что 17–57% пациентов, которые имели последующее восстановление симптомов и улучшения, наступающие внезапно в ходе терапии, не были связаны с результатами после лечения во всех исследованиях.

Как в исследованиях Tang and DeRubeis [33], терапевтические сеансы, которые предшествовали внезапным результатам, содержали значительные когнитивные изменения у пациента, чем в контроле, где не отмечалось внезапных улучшений. В обоих случаях не наблюдалось никаких различий по соблюдению терапевтами правил проведения процедур, терапевтического альянса, стимулирующих условий или компетенции терапевта. Tang et al. [32] проинтерпретировали результаты следующим образом, что только когнитивные изменения при проведении терапии приводят к внезапным улучшениям по окончании курса. Тем не менее, неожиданные результаты наблюдались и при исследовании социально поддерживающих [32] и медикаментозных методов [29] лечения депрессии, что ставит под сомнение конкретную роль когнитивных изменений при внезапных улучшениях симптомов или функционирования.

Одной из основных проблем в лечении зависимости от ПАВ является высокий уровень раннего отсева из лечебных программ. Только 50% пациентов, которые посещают начальную сессию стандартного или интенсивного амбулаторного лечения могут удержаться более 4 недель в лечебных социальных программах [7]. Этот высокий уровень раннего отсева определяет затруднения при изучении процесса изменений за время лечения. Одним из решений этой проблемы является интенсивный акцент на том, что происходит на сессиях в начале лечения (например, с 1 до 3 сеанса), с целью выявления процессов, которые связаны с ранним отсевом или получением результатов.

Kolden [14] использовал эту методологию для изучения изменений при начальных сеансах психотерапии. Анализ данных анкет для прогнозирования изменений состояния психического здоровья по окончании 2–3 сессий показал, что, несмотря на краткосрочность, некоторые психотерапевтические операции были связаны со значительным улучшением симптомов [14].

Еще одним важным фактором, обеспечивающим эффективность быстрых результатов, является терапевтический альянс.

Результаты исследований Sexton [30] показали, что хороший терапевтический альянс предсказал быстрое и значительное снижение симптомов в течение терапии. Эмоционально положительные сессии были связаны с более высокими уровнями понимания последующих сессий, а чувства отторжения или раздражения пациента предсказывали ухудшение симптомов и негативные оценки жизни за пределами сеансов лечения. Эти выводы актуальны и для групповой терапии.

Исследование 20 сессий психодинамической терапии с использованием анализа временных рядов [13] показало, что только повышение понимания сути проблемы, а не содержание сути сеанса, способствует снижению целевых жалоб.

Взаимосвязь изменений в ходе когнитивной терапии депрессии и тревоги были оценены с помощью пяти критериев: тревога, депрессия, когнитивный сдвиг, оптимизм и терапевтический альянс. Результаты показали, что не было никакой связи между изменениями во время сессии уровней тревоги, депрессии, оптимизма и конечного результата. Только значительные когнитивные сдвиги и сильный терапевтический альянс были положительно связаны с результатом [15].

Одни из главных дебатов в области исследования психотерапии коснулись важности «общих» факторов, которые по сравнению со «специфическими» факторами, могут быть первичными агентами для изменений при определенных вмешательствах [12]. При зависимостях специфические факторы включают повышение мотивации, улучшение социальных навыков, таких как отказ от ПАВ, участие в социальных программах и так далее. Исследователи зависимости, которые обратились к проблеме идентификации активных компонентов или посредников, обеспечивающих эффекты лечения, вообще не были в состоянии подтвердить важность специфических терапевтических факторов в обеспечении изменений, за исключением самопомощи [1, 16]. Выводы, которые сделали ряд исследователей в области психотерапии, подтверждают, что большая часть изменений, наблюдаемых в ходе терапии, обусловлено общими факторами.

Одним из подходов, который был использован для исследования относительного влияния общих против специфических факторов, является мета-анализ. М. Р. Karno [10] предположили, что специфические факторы могут обеспечивать эффект лечения, когда сравнивали КПТ с другими, целенаправленными методами лечения. Показали, что только общие лечебные факторы обеспечивают существенный вклад в конечный результат лечения. Результаты мета-анализа показали, что лечение с помощью специфических факторов не превосходит эффектов, которые продемонстрированы при аналогичной «дозе» общих факторов [10]. Другой мета-анализ включал результаты 80 исследований, в каждом из которых содержалась группа контроля без лечения, группы лечившихся общими факторами и проходившими «активное» лечение специфическими факторами [31]. Результаты показали, что процедуры с общими факторами были эффективнее плацебо, а также специфические факторы превосхо-

□ В помощь практикующему врачу

дили общие факторы лечения. Тем не менее, следует отметить, что лечение общими факторами во многих исследованиях были относительно слабой интервенцией, и, вероятно, содержали меньше общих, а больше специфических терапевтических факторов.

Хотя продолжается полемика среди исследователей психотерапии относительно того, что влияние специфических факторов на эффекты лечения выше, чем влияние общих факторов, становится ясно, что общие лечебные факторы чрезвычайно важны в определении исхода большинства поведенческих методов терапии. Поэтому большое внимание к общим лечебным факторам будет оправдано при исследовании лечения зависимостей. Это может влиять на дальнейшую исследовательскую работу по выявлению важных общих факторов в лечении зависимостей от ПАВ и разработку методов, которые повышают или укрепляют эффективность психотерапии.

Цель: представить исследования, сосредоточенные на проблемах и методах, вовлеченных в идентификацию посреднических переменных, которые помогут объяснить отношения между методами и результатами лечения АЗ для последующего обоснования выбора эффективных методов лечения различным субпопуляционным группам лиц, страдающих АЗ.

Для идентификации соответствующих исследований использовалась комбинация ключевых слов: «алкогольная зависимость», «хронический алкоголизм», «лечение», «психотерапия», «ремиссия», «алкогольные проблемы», «эффекты лечения», «посредники лечения», «механизмы изменений».

В 2012 и 2015 годах произведен поиск электронных баз данных: «Current Contents», «ЕТОН», «Medline», «PsycInfo», «PubMed» с 1976 года.

Были рассмотрены доступные исследования в данной области, которые включали зависимых от алкоголя. В обзор включены исследования по посредникам лечения и механизмам изменений в процессе психотерапии АЗ.

Были рассмотрены результаты мета-анализов, обзоров литературы и научных статей. Самыми важными критериями по результатам, включенных исследований были изменения в потреблении алкоголя и связанных с алкоголем проблем, продолжительность ремиссии.

Усилия по идентификации, как и почему работает психотерапия при АЗ стали актуальными для исследователей лечения данного заболевания. Несмотря на существенные и обширные доказательства, полученные из рандомизированных клинических исследований (РКИ), что многие методики лечения АЗ эффективны, а некоторые более эффективны, чем другие [20], пока еще нет полного понимания относительно того, как и почему эти методы работают [16, 23]. Без этого понимания применение методик с высокой эффективностью при АЗ может быть затруднительным. То, какие элементы терапии являются наиболее важными, чтобы обеспечить эффективность лечения АЗ, пока неизвестно. Кроме того, не зная активных компонентов методик, невозможно улучшить будущие методи-

ки, объединяя, изменяя или устраняя компоненты лечения, которые могут быть бесполезными или еще хуже обуславливать негативные результаты [16, 23]. Эти неутешительные результаты не уникальны и в области аддиктологии [12].

Без повышения базы знаний относительно механизмов изменений уровень исследований методов лечения, по-видимому, достиг плато. Для того, чтобы достичь продвижения, исследования должны сосредоточиваться на идентификации механизмов изменений, чему нужно отдать приоритет.

Для того, чтобы говорить об эффективности методов лечения, желательно: 1) определить общую специфичность потенциальных эффектов посредников лечения, проанализировать литературу, чтобы определить их роль; 2) представить анализ альтернативных стратегий, чтобы идентифицировать доказательство благоприятных или неблагоприятных эффектов посредников лечения; 3) предложить к обсуждению некоторые альтернативные прошлые переменные и процессы.

Поскольку Kazdin и Nock описали [12] переменные, которые влияют на механизмы изменений и по статусу должны выполнять множественные критерии, они не могут быть результатом одного исследования. Скорее механизм изменений становится вероятным, когда имеется очевидность объединений нескольких исследований и выполняются 4 существенных критерия: тесная взаимосвязь, специфика, временное соответствие и доказательность в эксперименте. Критерии обеспечивают «золотой стандарт» для того, чтобы он обосновал причинную связь вероятного механизма изменений. В настоящее время, в клинической науке исследования поведенческой терапии АЗ, немногие из посредников, обеспечивающих эффективность лечения, выполняют критерии Kazdin/Nock для механизмов изменений. Самый неоспоримый подход обоснования причинной связи для посреднических переменных является классический экспериментальный дизайн, когда действующий механизм лечения вызывает определенные изменения зависимой переменной. Однако, при рассмотрении ценностей и исторических приоритетов в области лечения АЗ (оценка эффективности лечения), экспериментальные исследования по влиянию вмешательств на предыдущие посреднические переменные проводились редко.

Парадигма базовой предыдущей посреднической переменной. Посредник эффективности лечения – предыдущая (во временном аспекте) переменная между началом лечения и определенной, связанной с АЗ зависимой переменной. Как описано Kraemer и др. [18], посредником не может быть переменная, которая предшествует лечению (может быть только кандидатом в переменные), и при этом это не может быть переменная, которая является временно связанной с зависимой переменной [12]. Kraemer и др. представляют систематизацию критериев для того, чтобы идентифицировать концептуальный и эмпирический статус переменной [18].

Переменная посредник рассматривается в 2 отношениях. Во-первых, она должна возникать в период

после начала лечения и до наблюдаемого результата. Во-вторых, она должна изменяться в процессе лечения и заставлять изменяться зависимую переменную. В классической формулировке Baron и Kenny [3], предыдущая переменная, как посредник должна показать, что ее эффекты формируются из отношений лечение/результат, а сила связи лечение/результат значительно уменьшаются или устраняются. Эффект переменной посредника уникален. Если может быть установлено, что третья переменная может лучше выполнять роль посредника в отношениях лечение/результат, то статус предыдущего посредника утрачивается.

Кроме того, MacKinnon и др. [17] при анализе посредничества установили, что может иметь место смягченное посредничество, благодаря которому можно замедлить процесс. Смягченное посредничество может произойти, когда переменная добивается таких отношений между независимой и зависимой переменными, когда опосредованный эффект зависит от уровня посредника. Например, Cooney и др. [5] нашли, что уровень достижения ремиссии, когда врачи сосредотачивают фокус внимания на отношениях между посредником в виде методов терапии (когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) или программы 12 шагов) и процентами дней воздержания в течение года после завершения лечения, зависит от долечебного уровня тяжести АЗ. Таким образом, посреднический эффект у врачей, ориентированных на результат в виде воздержания, был смягчен долечебным уровнем АЗ.

Когда посредник является промежуточной переменной при взаимодействии причины и зависимой переменной, может произойти опосредованное моделирование. Например, установлено, что мотивационное интервью (МИ) имело лучший эффект на негативные последствия АЗ для тех, у кого была большая готовность к изменениям до вмешательства. Найдено, что комбинация высокой начальной мотивации и МИ были необходимы, чтобы поддержать постлечебную мотивацию, а постлечебная мотивация была в свою очередь прогнозирующей для более поздних негативных последствий (эффект посредника). Таким образом, найдено объяснение для оригинального статуса посредника в качестве опосредованного модератора.

Недавно, Muller и др. уточнили, что посредничество модератора и смягчающая функция посредника, при некоторых обстоятельствах являются формальными операциями для определения эффекта и идентичны [25]. MacKinnon также разработал общую модель, в которой модератор и посредник – каждый особый критерий модели, эффекты которых могут быть проверены [17]. Несмотря на то, что такие модели могут казаться излишне сложными, вероятно они будут значимыми, при попытке ответить на давний постоянный основной вопрос, что лучше всего действует на данного пациента, почему и как.

Другой момент состоит в том, что посредник не должен ограничиваться промежуточными переменными, которые зависят от измерений предварительных состояний до лечения и изменений после лечения. При исследованиях, которые гарантируют, что назначенное

лечение не связано с долечебными условиями, то достаточно показать, что параметры промежуточной переменной при первом виде лечения, отличаются от параметров при втором. Некоторые промежуточные переменные невозможно измерить до лечения, например, взаимодействия терапевт-клиент [4]. Если такие переменные фактически могут продемонстрировать, что влияют на силу отношений лечение/результат и независимы от вида назначенного лечения, они достигают статуса посредника.

Нужно ли любую переменную, которая влияет на эффективность исхода лечения, рассматривать в качестве посредника этого лечения? Предлагается, что их можно квалифицировать только, как мнимые посреднические переменные, когда они могут быть теоретически обоснованы и согласуются с предполагаемыми результатами лечения. Переменная, которая выходит за пределы этой границы и может демонстрировать, что влияет только на силу отношений лечение/результат, в этом случае является недостоверной в отношении теоретической гипотезы. Например, если бы было найдено, что МИ более эффективно в индивидуальной терапии, чем в групповой, это не должно привести к выводу, что модальность терапии является посредником эффективности МИ. Если последующий пересмотр не включал эту переменную в теорию о том, как работает МИ и эмпирическое исследование повторило первоначальное заключение, ее по-прежнему не следует рассматривать валидным медиатором лечения посредством МИ. Эти критерии существуют для того, чтобы обосновать посредничество в соответствии с критериями согласованности, целостности и достоверности Kazdin и Nock's [12] для создания механизмов изменений.

Чтобы поставить парадигму переменной посредника в контексте исследования лечения АЗ, независимой переменной должна быть переменная лечение, зависимой переменной – выбранная, связанная с исходом АЗ переменная (употребление, злоупотребление или последствия употребления алкоголя), имевшая место после начала лечения, а гипотетической переменной посредником являлось бы некоторое изменение состояния человека, которое происходит от начала лечения и до изменения наблюдаемой зависимой переменной, связанной с употреблением алкоголя.

Активные компоненты лечения. При обычном поиске механизмов изменений, само лечение не всегда было фокусом. Как идентифицировали Moos and Finney [21], поведенческие и другие психосоциальные методы лечения могут быть черным ящиком. Был достигнут значительный прогресс в описании различных вариаций этого черного ящика путем разработки руководств для различных поведенческих методов лечения, а также обучения и мониторинга правильности поведения терапевта. Несмотря на это продвижение, активные компоненты этих методов, хотя и достаточно теоретически разработаны, не были подтверждены экспериментальным путем. Таким образом, первый важный фокус исследования поведенческих методов лечения АЗ – идентификация активных компонентов тех пере-

□ В помощь практикующему врачу

менных лечения, которые приводят к желаемым изменениям у клиента.

Наиболее традиционно смотрят на то, что происходит между терапевтом и клиентом во время сеанса лечения. Есть три очевидных (и не являются взаимоисключающими) позиции для поиска активных ингредиентов в пределах этого контакта: терапевт, клиент и отношения.

Переменная «терапевт» выражена в поведении, происходящем во время терапии (например, методы или желательность терапии в соответствии с мировоззрением). Характеристика «отношения» терапевт-клиент будет включать критерии взаимодействий терапевт-клиент и их полноценность при проведении терапии.

Переменными «терапевт» и «отношения» управляет полностью или частично терапевт в пределах границ, предписанных или запрещенных методом лечения. Наконец, есть критерии, которые характеризуют клиента во время проведения сеанса лечения. В то время как протокол лечения предполагает отношения статус/поведение клиента, которых при лечении стремятся достичь или нет, встречается ли это поведение клиента фактически, является функцией реакции клиента на терапевтическое вмешательство и поведение терапевта. Например, при проведении МИ могут стремиться взять обязательства у клиента к сокращению питья, но клиент может сопротивляться этому. Обычно о сопротивлении клиента не думают как об активном компоненте лечения, а скорее активным компонентом лечения считают поведение врача по уменьшению этого сопротивления. Следовательно, в то время как изменение поведения клиента происходит в пределах лечебной сессии, его компоненты могут, как выходит за пределы терапевтического вмешательства, так и оставаться в пределах его. В зависимости от того, прописаны ли в цели лечения условия, которые врач не должен делать и клиент выполнять в сеансе терапии, такие переменные могут или не могут быть включены в качестве активных компонентов лечения. Экспертиза лечения делает эти различия явными. Независимо от того, что любое такое поведение клиента во время сессии, может быть гипотетически проверено на предмет посредничества в отношениях лечение/результат, должны быть исследованы потенциальные модераторы посредничества. Особенности, которые клиент привносит в лечебную сессию, могут взаимодействовать с поведением врача и дифференцированно затронуть результаты [11].

Чтобы оценить последовательность и согласованность посредников в исследованиях, переменные должны быть качественно оценены и измерены. Важно иметь различные, взаимно не исключающие источники: сообщение врача; сообщение клиента; совокупность сообщений врача и клиента; регистрация взаимодействий (звуковая или видеозапись сессии терапии, зарегистрированная независимыми наблюдателями). Идеально, результаты измерений тех же самых критериев у различных исследователей должны сходиться. Наличие различий приводит к вопросу, относится ли

это несоответствия к ошибке измерения или являются проблемой общей гипотезы. Следует иметь в виду, что любая из этих переменных может быть посредником в зависимости от интересов исследователя.

Для большинства методов лечения может быть достаточным исследование любых одиночных переменных. Однако, если в контакт вовлекаются значимые другие, то это дополняет поведенческую терапию пар, семейную терапию или системные вмешательства источниками других потенциальных посредников при лечении АЗ. В самом простом случае, в терапии пар, есть 3 человека, непосредственно вовлеченные в терапевтический контакт: врач, клиент и значимый другой. В этом случае есть 7 переменных, которые могут постоянно являться посредниками: поведение врача, поведение клиента, поведение значимых других, взаимодействия врача-клиента, взаимодействия врача с другими, взаимодействия других с клиентом и взаимодействие 3 человек. В этом случае варианты поиска посредников увеличиваются. Однако, большинство исследований посредников, особенно те, которые осуществляют поиск механизмов изменения, сосредоточиваются на переменных за пределами отношений врач-клиент [26].

Поведения клиента за пределами терапии. В центрах, где проводят поведенческие методики лечения, был проведен поиск механизмов изменений у пациентов, которые происходят после контакта врача и клиента. Эти переменные осмысливаются как переменные-предикторы, вытекающие из терапии, которые в свою очередь затрагивают последующее употребление ПАВ. Например, когнитивные психотерапевты часто предполагают, что навыки, усвоенные клиентами в процессе терапии, используются ежедневно.

Многие из вероятных посредников в проекте MATCH [16] имели такое разнообразие в изменении поведения клиента в постлечебном периоде, которое, как ожидали, изменятся в результате терапии, и в свою очередь будут прогнозируемыми для результатов лечения. Во множестве из этих причинных связей не было попыток измерить переменные непосредственно в процессе терапии. Изменения поведения, произошедшие в результате терапевтического контакта и наступившие в постлечебном периоде, могут были изменены, что ограничивает прогноз результатов лечения. Поскольку измерения процесса самого лечения были немногочисленными, было невозможно определить ожидаемых отношений между посредниками лечебного процесса и результатами лечения, т. к.: 1) методы лечения по содержанию их активных компонент зачастую не отличались 2) то, что происходило в процессе терапии, не всегда было связано с изменениями в постлечебном периоде, несмотря на выдвигаемые гипотезы о механизмах изменений.

Исследование, которое связывает терапевтический процесс с посредническими переменными в постлечебном периоде, влияющими на результат лечения и промежуточные результаты лечения, дает более общую картину причинной связи. Moos et al. [22] определили, что желательно систематически обращаться

к каждой связи в этой цепи, что подтверждается однажды сказанным S. Vasop: «Лечение – маленький случай в жизни наркомана» [2].

Жизненные события, происходящие за пределами лечения, сильно влияют на долгосрочные результаты для пациентов с АЗ. Большинство из них имеет мало общего с эффектами лечения. Однако, есть гипотеза, что изменения средовых переменных, включенных в поведенческую терапию, могут влиять на отдаленные результаты лечения АЗ. Ведущее положение гипотезы, которая имеет значительную поддержку, что участие в АА, терапии семейных пар, лечении окружения улучшают результаты в постлечебном периоде [8, 34]. Это является очевидным, потому что то, что случается в пределах терапевтического контакта меняет поведение значимых других за пределами терапии, что облегчает функционирование пациентов с АЗ.

Подход поддерживающих сообществ [19], возможно самый честололюбивый пример попытки изменить естественную окружающую среду пациента в постлечебном периоде, чтобы затронуть связанные с АЗ результаты, изменяя поддержку в значимой окружающей среде пациента.

В итоге любой или все эти источники потенциальных посредников могут быть включены в причинную модель. Однако, в зависимости от специфических интересов исследователя и теоретической гипотезы, проходят обычно некоторые очень избирательные варианты.

Исторически, когда 2 доказательных метода лечения не отличаются значительно по результатам, предполагается, что в этих случаях устранены препятствия для посреднических механизмов. В известном проекте MATSN рассматривались в долечебном периоде 22 переменные, которые могли смягчать отношения между методами лечения и результатами употребления. Выдвинули гипотезу, что для 2 субпопуляций клиентов с различными особенностями, дифференцированное назначение одного вида лечения давало результаты лучше, чем при применении другого. Однако эффекты были связаны только с 2 переменными: тяжесть АЗ [5, 16] и наличие поддерживающих сетей (Longabaugh и др., 2001c).

Эти результаты можно соотнести к утверждениям Kazdin и Nock, которые заявили, что «вряд ли имеется единственный механизм для разных методов лечения и что два участника при одном и том же лечении, очевидно, могут отреагировать по-разному» [12].

В большинстве работ до сих пор рассматривали посредников в изоляции друг от друга. Исследование MATSN пострадало, потому что не была учтена природа взаимоотношений между потенциальными посредниками. Вероятно, в будущем нужно будет рассматривать более сложные теории, которые смогут принимать во внимание статус потенциальных переменных посредников во взаимодействии друг с другом.

Как правило, когда ищут изменения анализируют уникальные индивидуальные эффекты посредников и, соединяя эти уникальные эффекты, определяют насколько ими можно объяснить отношения между лечением и результатами. Нечасто, можно встретить, что

объединение различных переменных создают единственную переменную в качестве посредника.

Более широкого спектра посредник позволяет достичь лучших эффектов в отношениях между лечением и результатами, особенно, когда доказательства эффектов лечения основаны на сравнении контроля с плацебо.

Вероятно, чтобы извлечь выгоду из определенной переменной посредника при лечении, было бы уместным допустить выбор поведенческих вмешательств (ПВ), так как это сделано в проекте COMBINE [27]. Из арсенала доступных методов ПВ клиент выбирает лечение и обычно делает выборы между одним методом или другим. Если клиент сам выбирает полезный метод для того, чтобы употреблять алкоголь умеренно (в основном все клиенты делают так), то следует ожидать, что выбор любого из этих методов приведет к лучшим результатам лечения, чем, если бы не было возможности выбора ни одного из них. В этом контексте переменная посредник повторно воспринималась бы как приверженность методу лечения, который для клиента мог бы обеспечить более широкий результат (например, полный отказ от употребления ПАВ). Последующий анализ мог бы определить насколько некоторые из этих методов могли бы быть эффективнее, чем другие (для всех или некоторых субпопуляций клиентов).

Понимание, связанное с созданием переменной посредника включает расширенные критерии, которые отражают потребности клиента на долечебном этапе и к которым должна быть обращена терапия. Например, Gulliver и др. [35] разработали терапию широкого спектра (ТШС), которая основана на систематическом исследовании потребностей клиента в 6 областях функционирования. В зависимости от профиля решения этих потребностей рекомендуют схему комбинации модулей, которую должен получить клиент. Гипотезой, лежащей в основе объяснения лечения, является то, чем больше этих потребностей, к которым успешно обращаются, тем больше вероятность благоприятного исхода. Учитывая эту гипотезу, из общего перечня потребностей, к которым обращаются во время лечения, может быть внесена в схему только одна переменная посредник.

Общая тема в исследовании лечения АЗ – снижение употребления спиртного пациентом может наступить тогда, когда он будет «готов и компетентен». Эффективное лечение – то, которое помогает пациенту добраться до состояния, когда он и готов и компетентен. Если клиент только готов или только компетентен, не следует ожидать эффективного результата лечения.

Клиенты, которые в конце лечения имеют один или другой из этих двух критериев, но не оба, будут охарактеризованы как неполноценные для механизмов изменений, которые необходимы для достижения благоприятного итога. Один признак без другого не лучше, чем отсутствие обоих. Взаимодействие переменных обеспечивают эффективность лечения.

Большинство исследований относительно механизмов изменений используют аналитические методы,

□ В помощь практикующему врачу

которые предполагают, что эффективность терапевтического вмешательства не зависит от того, когда оно происходит в процессе терапии [4]. Все же большинство клиницистов полагают, что эффективность вмешательства очень зависит от выбора его периода. Например, большинство моделей терапии предписывает, что достижение доверия до лечения было предпосылкой для привлечения клиента к процессам изменений. С другой стороны, некоторые методы лечения, предполагают, что конфронтация в процессе терапии – важная техника для того, чтобы прорваться через сопротивление клиента, для осознания им статуса алкоголика.

Таким образом, за прошлые два десятилетия, в ответ на критический вопрос о том, эффективны ли поведенческие методы лечения АЗ, на основании РКИ дано заключение о базовых доказательных методах поведенческой терапии [20]. Традиционно в таких исследованиях поведенческой терапии оценивали результаты в отдаленном периоде после лечения. Сделали заключение, что для психо-социальных методов, которые можно рассматривать как успешные, должны быть результаты, которые длятся достаточно долго после их окончания. Однако, исследование показало, что эффекты лечения могут не сохраняться в течение долгого времени, поскольку другие факторы в жизни пациента могут отвергнуть эти эффекты.

Учитывая, что изменения отличаются у людей по различным причинам, тот же самый человек может измениться в разное время по-разному. Маловероятно, что сосредоточение на одном посреднике для изменений, применяемом ко всем пациентам индивидуально, не всегда может быть приемлемым. Представленная информация позволяет определить некоторые трудности, с которыми сталкиваются исследователи и определяет некоторые перспективы для будущих исследований.

Литература

1. *Active Ingredients: How and why evidence-based alcohol behavioral treatment interventions work* / R. Longabaugh [et al.] // *Alcohol. Clin. Exp. Res.* – 2005. – Vol. 29. – P. 235–240.
2. *Bacon, S. D. The process of addiction to alcohol: social aspects* // *J. Stud. Alcohol.* – 1973. – Vol. 34 – P. 1–27.
3. *Baron, R. M. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual strategic and statistical considerations* / R. M. Baron, D. A. Kenny // *J. Pers. Soc. Psychol.* – 1986. – Vol. 51. – P. 1173–1182.
4. *Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes* / P. Amrhein [et al.] // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 2003. – Vol. 71 – P. 862–878.
5. *Cooney, N. L. Matching Clients to Alcoholism Treatment Based on Severity of Alcohol Dependence* / N. L. Cooney, T. F. Babor, M. D. Litt // in Part II: Alcohol Dysfunction, Project MATCH Hypotheses: Results and Causal Chain Analyses, NIAAA Project MATCH Monograph Series – 2001. – Vol. 8. – P. 30–43.
6. *Doss, B. D. Changing the Way We Study Change in Psychotherapy* // *Clinical Psychology: Science and Practice.* – 2004. – Vol. 11, Iss. 4. – P. 368–386.
7. *Efficacy of disulfiram and cognitive behavior therapy in cocaine-dependent outpatients: a randomized placebo-controlled trial* / K. M. Carroll [et al.] // *Experimental and Clinical Psychopharmacology.* – 2004. – Vol. 4. – P. 46–54.
8. *Finney, J. W. Evaluating substance abuse treatment process models: I. Changes on proximal outcome variables during 12-step and cognitive behavioral treatment* / J. W. Finney, C. A. Noyes, A. I. Coultts // *J. Stud. Alcohol.* – 1998. – Vol. 59. – P. 371–380.
9. *Hardy, J. Quantifying athlete self-talk* / J. Hardy, C. R. Hall, L. Hardy // *Journal of Sports Sciences.* – 2005. – Vol. 23. – P. 905–917.
10. *Karno, M. P. A case study of mediators of treatment effectiveness* // *Alcohol Clin. Exp. Res.* – 2007. – Vol. 31, Suppl. 3. – P. 33–39.
11. *Karno, M. P. Less directiveness by therapists improves drinking outcomes of reactant clients in alcoholism treatment* / M. P. Karno, R. Longabaugh // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 2005. – Vol. 73. – P. 262–267.
12. *Kazdin, A. E. Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations* / A. E. Kazdin, M. K. Nock // *J. Child. Psychol. Psc.* – 2003. – Vol. 44. – P. 1116–1129.
13. *Kivlighan, D. M. Comparison of Therapeutic Factors in Group and Individual Treatment Processes* // *Journal of Counseling Psychology.* – 2000. – Vol. 47. – P. 478–484.
14. *Kolden, G. G. Change in early sessions of dynamic therapy: Universal processes and the generic model of psychotherapy* // *J. of Consulting and Clinical Psychology.* – 1996. – Vol. 64. – P. 489–496.
15. *Liang, J. H. The GABAB receptor allosteric modulator CGP7930, like baclofen, reduces operant self-administration of ethanol in alcohol-preferring rats* / J. H. Liang, F. Chen, E. Krstew // *Neuropharmacology.* – 2006. – Vol. 50. – P. 632–639.
16. *Longabaugh, R. Project MATCH Hypotheses: Results and Causal Chain Analyses* / R. Longabaugh, P. W. Wirtz // NIAAA Project MATCH Monograph Series. – 2001. – Vol. 8.
17. *MacKinnon, D. P. Mediation Analysis* / D. P. MacKinnon, A. J. Fairchild, M. S. Fritz // *Ann. Rev. Psychol.* – 2007. – Vol. 58. – P. 593–614.
18. *Mediators and moderators of treatment effects in randomized clinical trials* / H. C. Kraemer [et al.] // *Arch. Gen. Psychiat.* – 2002. – Vol. 59. – P. 877–883.
19. *Meyers, R. J. A Community Reinforcement Approach to Addiction Treatment* / R. J. Meyers, W. R. Miller // Cambridge University Press, Cambridge, UK. – 2001.
20. *Miller, W. R. Mesa grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders* / W. R. Miller, P. L. Wilbourne // *J. Addiction.* – 2002. – Vol. 97. – P. 265–277.
21. *Moos, R. H. The expanding scope of alcohol treatment evaluation* / R. H. Moos, J. W. Finney // *Am. Psychol.* – 1983. – Vol. 38. – P. 1036–1044.
22. *Moos, R. H. Alcoholism Treatment: Context, Process, and Outcome* / R. H. Moos, J. W. Finney, R. C. Cronkite // Oxford University Press. – New York, 1990.
23. *Morgenstern, J. Cognitive-behavioral treatment for alcohol dependence: a review of evidence for its hypothesized mechanisms of action* / J. Morgenstern, R. Longabaugh // *J. Addiction.* – 2000. – Vol. 95. – P. 1475–1490.
24. *Morgenstern, J. Rethinking the paradigms that inform behavioral treatment research for substance use disorders* / J. Morgenstern, J. R. Mckay // *J. Addiction* – 2007. – Vol. 102. – P. 1377–89.
25. *Muller, D. When moderation is mediated and mediation is moderated* / D. Muller, C. M. Judd, V. Y. Yzerbyt // *J. Pers. Soc. Psychol.* – 2005. – Vol. 89. – P. 852–863.
26. *Nock, M. K. Conceptual and Design Essentials for Evaluating Mechanisms of Change* // *Alcohol. Clin. Exp. Res.* – 2007. – Vol. 31, Suppl. 3. – P. 4–12.

27. *Origins, issues and options in the development of the combined behavioral intervention* / R. Longabaugh [et al.] // *J. Stud. Alcohol.* – 2005. – Vol. 15. – P. 179–187.

28. *Process and outcome in psychotherapy* / D. E. Orlinsky [et al.] // *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). – New York, 1994 – P. 270–376.

29. *Reducing Relapse and Recurrence in Unipolar Depression: A Comparative Meta-Analysis of Cognitive–Behavioral Therapy’s Effects* / J. R. Vittengl [et al.] // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 2007. – Vol. 75(3). – P. 475–488.

30. *Sexton, T. L. Handbook of family therapy: The science and practice of working with families and couples* / T. L. Sexton, G. R. Weeks, M. S. Robbins. – New York: Brunner-Routledge, 2003. – 324 p.

31. *Stevens, V. J. Preventing smoking relapse using an individually tailored skills-training technique* / V. J. Stevens, J. F. Hollis // *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* – 2000. – Vol. 57. – P. 420–424.

В помощь практикующему врачу

32. *Tang, T. Z. Sudden gains in recovering from depression: Are they also found in psychotherapies other than cognitive-behavioral therapy?* / T. Z. Tang, L. Luborsky, T. Andrusyna // *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* – 2002. – Vol. 70(2). – P. 444–447.

33. *Tang, T. Z. Reconsidering rapid early response in cognitive-behavioral therapy for depression* / T. Z. Tang, R. J. DeRubeis // *Clinical Psychology: Science and Practice.* – 1999. – Vol. 6. – P. 283–288.

34. *Tonigan, J. S. Participation and involvement in Alcoholics Anonymous, in Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity* / J. S. Tonigan, G. J. Connors, W. R. Miller // *The Results of Project MATCH.* – 2003. – P. 184–204.

35. *The Development of a Broad Spectrum Treatment for Patients With Alcohol Dependence in Early Recovery* / S. Gulliver [et al.] // *Cognitive & Behavioral Practice.* – 2005. – Vol. 12. – P. 53–63.

Поступила 19.07.2016 г.