

Терапевтический альянс в психотерапии

Пуговкина О.Д., Холмогорова А.Б.

Исследование выполнено при поддержке Российского Фонда фундаментальных исследований (грант 08-06-00331а)

Терапевтический альянс как неспецифический фактор в лечении психически больных

Терапевтический альянс в разных школах психотерапии

Эмпирические исследования факторов терапевтического альянса

Эмпирическое исследование терапевтического альянса в процессе интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра.

Обсуждение

Терапевтический альянс как неспецифический фактор различных форм психотерапии и психофармакотерапии

Внимание к проблеме терапевтического альянса в терапии психических расстройств (медикаментозном и психотерапевтическом) обусловлено несколькими причинами: 1) исследования показывают, что качество альянса объясняет значительную долю дисперсии в показателях эффективности лечения; 2) существующие руководства по психотерапии с детализированными планами лечения признаны необходимым, но недостаточным основанием для успешной практической работы специалистов; 3) внедрение данных научных исследований психотерапии в практику предполагает решение вопросов обучения специалистов, выбора наиболее эффективных интервенций и др., связанных с учетом существенной переменной – рабочего альянса в лечении (Green J., 2006).

Так, основываясь на данных национальной коллаборативной программы исследования лечения депрессии (проект Национального института психического здоровья США), Дж. Крупник с соавторами говорят о том, что **терапевтические отношения являются ключевым элементом в лечении депрессивных расстройств** (Krupnick J. et al, 1998). В рамках данной программы проводилось сравнение эффективности лечения депрессии с использованием 1) когнитивно-бихевиоральной психотерапии, 2) интерперсональной психотерапии, 3) фармакологической терапии (имипрамин) и 4) контрольной группы плацебо-терапии. Полученные результаты – наличие выраженной связи между снижением выраженности депрессивных симптомов и качеством терапевтического альянса даже в группах фармакологического лечения (имипрамин) и плацебо-терапии – говорят о важности качества отношений между специалистом и пациентом.

Отечественные исследователи **комплаенса в медикаментозном лечении** также подчеркивают, что отношение больных депрессивными расстройствами к фармакотерапии определяется характером контакта врач–пациент (Бородин В.И., 2009). В обзоре факторов, приводящих к отказу от медикаментозного лечения у больных депрессиями, В.И. Бородин при-

водит данные многочисленных исследований, свидетельствующих о том, что на терапевтический процесс в целом, а также вероятность отказа больного от лечения, непосредственно и в первую очередь влияют такие факторы, как характер контакта врач–пациент, длительность курса терапии, дифференцированность режима приема препарата (Fawcett J., 1995; Cramer J., Rosenheck R., 1997; Olsson M. et al, 2000, цит. по Бородин В.И., Пучков И.И., 2004). Если больные чувствуют, что “их услышали” и “полностью” обсудили возникшие у них опасения относительно предстоящей терапии, они чаще откровенно рассказывают о своих опасениях и возражениях, связанных с процессом лечения, а не пассивно уклоняются от приема препаратов (Ward N., 1991; Beitman B., Klerman G., 1991, цит. по Бородин В.И., Пучков И.И., 2004). Авторитарная манера назначения терапии со стороны врача гораздо чаще приводит к последующим отказам от лечения со стороны больного, в связи с чем некоторые авторы открыто говорят о необходимости информирования пациентов и организации лечебного процесса на договорной основе (Urrutia G., 1994).

В целом, в отношении психофармакологического лечения идентифицировано около 250 факторов, влияющих на комплаентность пациента и качество отношений врач–больной, что свидетельствует о сложности проблемы (Бабин С.М., Шлафер А.М., Сергеева Н.А., 2011). Значительная часть из них связана с отношением к медикаментозному лечению и его переносимостью, однако, как указывалось выше, не следует недооценивать факторов влияющих на качество общения врача и пациента. На основе анализа этих факторов разработаны специальные техники комплаенс-терапии, которые позволяют существенно повысить эффективность фармакологического лечения больных (Бабин С.М., Шлафер А.М., Сергеева Н.А., 2011; Гурович И.Я., Сторожакова Я.А., 2004; Кемп Р., 2004).

В психотерапии концепция терапевтического альянса широко обсуждается в связи с проблемой общих и специфических факторов, которая остается одной из самых острых и дискуссионных. Традиционно выделяются общие факторы эффективности, в той или иной степени имеющие место в различных подходах. Именно их влиянием большинство исследователей объясняет примерно одинаковую эффективность

различных подходов, указывая при этом на ведущую роль терапевтического альянса среди общих факторов эффективности психотерапии.

М. Lambert, М. Ogles (2004) обобщили результаты различных исследований и выделили наиболее часто упоминаемые факторы, влияющие на процесс и конечный результат психотерапии. Авторы свели их в три большие группы: 1) факторы поддержки; 2) факторы научения; 3) факторы активных действий.

К первой группе они отнесли катарсис, идентификацию с психотерапевтом, позитивные отношения с ним, снижение уровня напряжения, структуру, терапевтический альянс, активное участие как терапевта, так и клиента, тепло, уважение, эмпатию, принятие, аутентичность у терапевта. Ко второй группе – советы, новый эмоциональный опыт, ассимиляцию проблемного опыта, когнитивное научение, коррекцию эмоционального опыта, обратную связь, инсайт, изменение ожиданий в плане собственной эффективности. Наконец, в третью группу вошли увеличение готовности конфронтации с источником страхов, рисковать, усилия в плане овладения навыками, моделирование, практическое овладение, тестирование реальности, переживание успеха.

Известные исследователи терапевтического альянса Дж. Шафран и Дж. Муран отводят отношениям пациент–терапевт роль одного из основных механизмов улучшения состояния (Safran J., Muran J., 2006). Они особо подчеркивают значение взаимного обсуждения, ведения переговоров, прояснения потребностей и желаний пациента. В процессе этого обсуждения пациент учится понимать не только свою позицию, но и позицию другого, и соотносить эти позиции. Таким образом, развивается способность к «интерсубъективности», т.е. видению в других субъектов общения, а не объектов удовлетворения своих потребностей, что позволяет устанавливать по-настоящему глубокие и аутентичные отношения.

Развиваемые в процессе установления терапевтических отношений способности к «интерсубъективности» описываются другими авторами как способности к ментализации (Bateman A., Fonagy P., 2006), к построению «модели психического» («Theory of mind», Hardy-Bayle M.C., 1998). Нарушения или дефицитность процесса ментализации ведущие современные ученые относят к основным неспецифическим факторам разных форм психической патологии.

Обобщая значительное количество как собственных исследований, так и обширных литературных данных, Дж. Шафран и Дж. Муран приходят к выводу, что современные **перспективы исследования альянса в терапии психических расстройств** лежат в сфере решения ряда концептуальных вопросов. По их мнению, исследования так называемых предикторов альянса (характеристик терапевта и пациента, влияющих на качество рабочих отношений), а также количественная оценка вклада альянса в общую эффективность лечения не вскрывают механизмы установления конструктивных отношений между конкретными участниками терапии. С их точки зрения, для этого необходимо выяснение более сложных связей: например, как определенные характеристики пациента опосредуют ту или иную интервенцию терапевта? как качество отношений опосредует действие терапевтических интервенций? как влияет процесс

взаимной регуляции отношений терапевт-клиент на процесс внутренней саморегуляции пациента? и др. (Safran J., Muran J., 2006).

Терапевтический альянс в разных направлениях психотерапии

Терапевтический альянс по-разному понимается в разных школах психотерапии.

Подробный исторический обзор развития **концепции рабочего альянса в психоанализе** проведен Х. Куртисом (2001). Он отмечает двойственное отношение исследователей к этой проблеме: с одной стороны, З.Фрейд в первых своих работах пишет о необходимости сотрудничества с пациентом, с другой – основным центром внимания в психоаналитической терапии является интрапсихический конфликт. Раскрытие рациональных аспектов сотрудничества в этом смысле представляет угрозу смещения цели терапии с раскрытия конфликта, анализа сопротивления и переноса на опыт установления доверительных отношений. Таким образом, фокус исследований был смещен с отношений между аналитиком и пациентом в сторону бессознательного внутриличностного конфликта, свободных ассоциаций и интерпретаций.

Л. Фридман (Friedman L., 1969), анализирует парадокс аналитической концепции терапевтического альянса. С одной стороны, З. Фрейд говорил о необходимости «нормального эго» для того, чтобы пациент заключил соглашение с аналитиком. Однако главная мотивирующая сила сотрудничества пациента – это либидинозная (трансферентная) привязанность к аналитику, исключающая зрелые независимые интерперсональные отношения.

Исследуя вклад многих авторов, писавших об этом, Л. Фридман показывает, что каждый из них подчеркивает одну или другую сторону парадокса, пытаясь его разрешить: подход Р. Штербы акцентирует зрелые, рациональные, интеллектуальные способности пациента в работе с аналитиком, подход Х. Нунберга выделяет в первую очередь стремление пациента достичь удовлетворения переноса, защиты и комфорта. Согласно первому подходу, продвижению в терапии способствует рациональное сотрудничество, согласно второму – перенос, или отношения зависимости (Куртис Х., 2001; Friedman L., 1969).

В когнитивно-бихевиоральном подходе отношение к роли рабочего альянса более однозначное. Терапевт является партнером пациента, подчеркивается роль сотрудничества, в процессе которого происходит совместная проверка гипотез, убеждений. При этом на первых этапах становления когнитивной терапии альянс рассматривался как условие, а не как механизм достижения улучшения состояния пациента. Интервенции «здесь-и-сейчас», главным образом, касались обсуждения сеттинга и общего отношения к происходящему на сессии у пациента (обратная связь). Данные обратной связи использовались скорее как материал для работы с когнитивной продукцией, а не как средство построения терапевтических отношений и рабочего альянса. Однако уже в работе А. Бека и А. Фримена (2001), посвященной терапии пациентов, страдающих личностными расстройствами, указывается, что этого недостаточно, и обсуждению

подлежат эмоциональные реакции и все текущие интерперсональные аспекты терапевтической ситуации.

В современных подходах (Б. Мак-Каллоу, Р. Лихи, А. Бек, А. Фримен, Дж. Янг и др.) терапевтические отношения осмысляются иначе, а именно в качестве основного механизма изменений личности (Kanter J. et al, 2009). На первый план при установлении рабочего альянса выходят так называемые интервенции «здесь-и-сейчас», ориентированные на прояснение, артикуляцию и когнитивное переструктурирование различных эмоциональных реакций, возникающих в результате общения и взаимодействия терапевта и пациента.

В гуманистической традиции (К. Роджерс, И. Ялом и др.) **терапевтический альянс** рассматривается как важнейший механизм изменения состояния пациента. Согласно К. Роджерсу, опыт теплых, конгруэнтных, эмпатичных отношений является терапевтическим сам по себе, т.к. он обеспечивает пациенту безопасные условия, достаточные для прямого, свободного от искажений принятия различных проявлений своего Я. Терапевтические отношения позволяют человеку интегрировать в гибкую и вместе с тем устойчивую систему представлений о себе его жизненный опыт.

Эмпирические исследования факторов терапевтического альянса

Р. Hougaard (1994) предлагает модель терапевтического альянса, понимаемого как комплекс отношений и взаимодействия между терапевтом и пациентом в процессе лечения (рис. 1), в которой гипотетически разделяет деловой и личностный аспекты общения терапевта и пациента. В схеме автор выделяет три группы факторов, влияющих на качество личных отношений и конструктивность делового сотрудничества (эффективность интервенций) – это особенности пациента, терапевта, а также группа факторов, связанная с самим процессом терапии. Выше мы приводили мнение ряда ученых, выражающих сомнение в возможности установления прямых связей между характеристиками пациента и терапевта и качеством альянса (Safran J., Muran J., 2006). Однако верификации этих факторов было посвящено

значительное количество исследований, и в данном разделе мы осветим те результаты, в отношении которых достигнуто согласие большинства авторов.

В ряде исследований было показано, что к предикторам плохого качества терапевтических отношений можно отнести следующие характеристики пациентов: коморбидное личностное расстройство, атипичный характер депрессивной симптоматики, а также неблагоприятный семейный и рабочий статус (De Bollea M., Johnsonb J., De Fruyta F., 2010).

Показано также, что субъективные оценки альянса как терапевтом, так и пациентом, могут служить надежным предиктором прогресса в лечении (De Bollea M., Johnsonb J., De Fruyta F., 2010).

В достаточно крупном исследовании А. Hersoug с соавт. (2002), включавшем значительное количество пациентов (270 испытуемых) и широкий спектр характеристик пациентов (диагноз, опыт прошлых и текущих интерперсональных отношений, некоторые личностные характеристики) были уточнены данные относительно надежности предсказания успеха лечения по качеству терапевтического альянса. Было показано, что с качеством альянса связаны различные особенности как текущих, так и прошлых интерперсональных отношений пациентов. Интересно, что авторы не обнаружили различий в качестве альянса между пациентами с депрессией и большими личностными расстройствами, из которых состояла исследовательская выборка (Hersoug A. et al, 2002). Этот результат представляется дискуссионным, так как именно для личностных расстройств характерны выраженные нарушения в сфере интерперсональных отношений.

В исследовании альянса в лечении пациентов, злоупотребляющих ПАВ, было показано, что качество терапевтических отношений зависит от того, как пациенты субъективно оценивают свое собственное поведение в ситуации общения с терапевтом, и как они оценивают стиль интерперсонального поведения терапевта в отношении себя. Наиболее высокое качество альянса связано с оценкой пациентом себя как обходительного, располагающего к себе, а терапевта – как авторитетного и доминирующего (De Weert-Van Oene, Jörga F., De Jong C.A., 2006).

В метааналитическом обзоре М. Карвера (Karver M. et al, 2009), посвященном роли терапевтического альянса в эффективности семейной психотерапии, также подтверждается, что факторами успешных

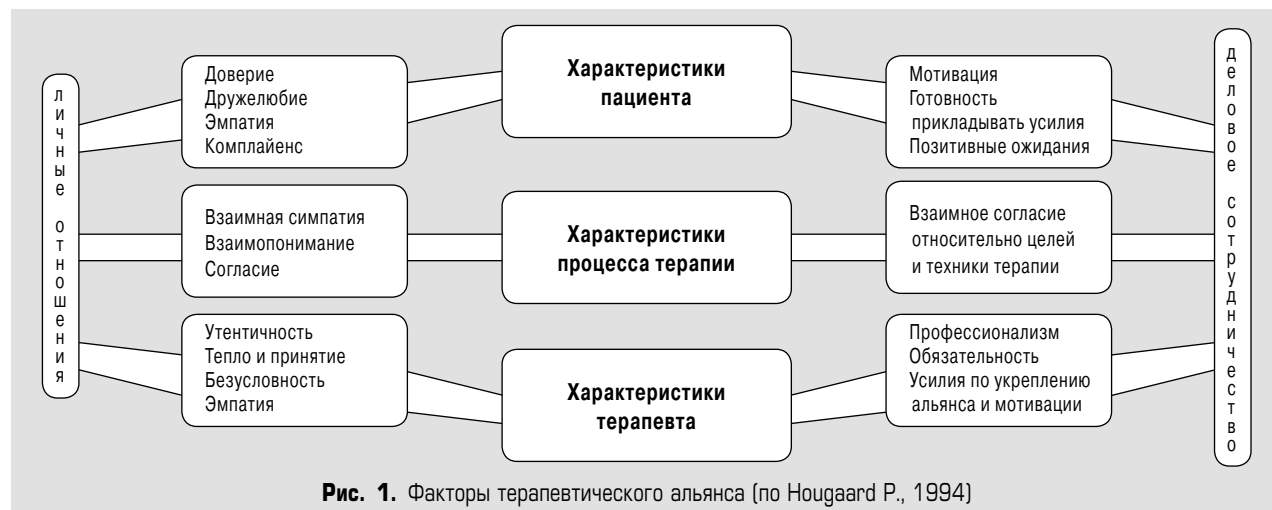


Рис. 1. Факторы терапевтического альянса (по Hougaard P., 1994)

терапевтических отношений являются готовность терапевта к доминированию и готовность членов семьи к сотрудничеству и выполнению предписаний.

К такому мнению склоняются и авторы авторитетного руководства по психиатрии Х. Каплан и Б. Сэдок (Kaplan H., Sadock B., 2000), которые пишут, что пациенты, преждевременно прервавшие терапию, меньше уважали психотерапевта, считали, что другие виды помощи более эффективны, и видели психотерапевта более пассивным. Относительно же характеристик пациента авторы, приводя обзор бесчисленных исследований, отмечают, что никакие характеристики пациента не могут быть предикторами успеха терапии, за исключением «открытости» на сессии, что является одним из важнейших параметров альянса. При этом указывается все же, что дефензивные и негативистичные пациенты меньше способны установить альянс, чем пациенты с благополучным опытом интерперсональных отношений и способностями к их установлению. Наиболее доказанным авторы считают положительный вклад в качество терапевтического альянса совпадение возраста психотерапевта и пациента (Howard K., Krasner R., Saunders S., 2000).

Одной из наиболее широко признанных характеристик качества интерперсональных отношений является **стиль** поведения **привязанности**, который был выделен и описан в цикле исследований Дж. Боулби и его последователей (Bowlby J., 1969). Пациенты с ненадежной привязанностью чаще бывают резистентными к лечению, чаще испытывают трудности в обращении за помощью и использованием помощи, когда она предлагается. Была обнаружена прямая связь между высокими показателями по шкале рабочего альянса и надежной привязанностью (Satterfield W., Lyddon W., 1998) и обратная закономерность для ненадежной привязанности. **Скорость формирования рабочего альянса** также оказалась наибольшей у пациентов с надежным типом привязанности. Вместе с тем у пациентов с ненадежностью привязанностью могут наблюдаться значительные позитивные изменения в показателях рабочего альянса в процессе психотерапии (Eames V., Roth A., 2000).

Динамика альянса во время курса психотерапии вообще является отдельной областью исследований, и особенно его изменения после частных интервенций психотерапевта, направленных на прояснение и укрепление альянса. Можно считать доказанным, что с общим эффектом психотерапии связаны именно показатели альянса в начале лечения, а не во время курса (здесь возможны и неизбежны флуктуации уровня альянса) (Howard K., Krasner R., Saunders S., 2000; Safran J., Muran J., 2006). Показано, что большая часть данных литературы относительно предикторов альянса касается именно **«раннего» альянса** (сотрудничество в начале лечения), в то время как **«поздний» альянс** (сотрудничество на более поздних этапах) предсказать значительно сложнее. Так, в упомянутом выше исследовании А. Херсуг было обнаружено, что в начале психотерапии (на 3 сессии) 17% дисперсии альянса объясняется текущими интерперсональными факторами, а на 12-й сессии эта модель уже не работает (Hersoug A. et al, 2002).

Дж. Шафран пишет о том, как предупредить разрыв терапевтического альянса: 1) терапевт должен

иметь в виду, что у пациента часто бывают негативные ощущения по поводу психотерапии и он опасается их высказывать; 2) важно дать пациенту опыт выражения отрицательных чувств по поводу терапии терапевту и объяснить, что будет происходить, если этого не делать; 3) когда это происходит (выражение негативных чувств), терапевт должен быть готов в открытой манере разделить ответственность за происходящее (Safran J. et al, 2001).

Получены эмпирические доказательства того, что подобные прояснения необходимы и могут предупредить разрыв альянса. Так, было обнаружено, что 65% пациентов скрывают свои ощущения по поводу психотерапии (чаще – негативные), и только 27% психотерапевтов – догадываются об этом (Hill C. et al, 1993). В другом исследовании напротив, было показано, что терапевты чаще отмечают колебания альянса, чем пациенты: в процессе разных видов психотерапии (психоанализ, когнитивная психотерапия) пациенты отмечали снижение альянса реже (от 11 до 38% сессий), чем терапевты (от 25 до 53% сессий) (Nagy J. et al, 1998). Различия в оценках не снижают значимости проблемы обсуждения текущего контекста терапевтических отношений.

Дж. Кантер с соавторами (Kanter J. et al, 2009) описывает специальные интервенции – так называемые «present-focused» интервенции, направленные на текущие проблемы терапевтических отношений. Показано, что у терапевтов, меньше сосредоточенных на текущих проблемах, отношениях с пациентом в том числе, худший эффект лечения.

В поле исследований семейной психотерапии исследования роли альянса относительно более редки, однако и в этом направлении авторы отмечают его ведущую роль в достижении эффекта лечения (Blow A., Sprenkle D., 2001; Green R.-J., Herget M., 1991): показано, что навыки терапевта по установлению отношений имеют большее значение, чем теоретические позиции и техники лечения. Р.-Дж. Грин (Green R.-J., 2004) выделяет два фактора позитивного терапевтического альянса: 1) эмоциональная поддержка семье в целом и членам по отдельности; и 2) успешное регулирование отрицательных эмоций, возникающих между всеми участниками терапевтического процесса (членами семьи и терапевтами). Говоря об интегративном подходе к семейной психотерапии, Р.-Дж. Грин добавляет еще одно условие эффективной работы – относительно ясные, совместно выработанные, принципиально достижимые цели работы, а также темы обсуждений и задания, релевантные этим целям.

4. Эмпирическое исследование терапевтического альянса в процессе интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра

На примере лечения расстройств аффективного спектра в качестве третьего пути нами была предложена интегративно ориентированная модель организации процесса психотерапии (Холмогорова А.Б., 2011). С одной стороны, эта модель синтезирует наиболее весомые, теоретически и эмпирически

обоснованные данные о факторах расстройств аффективного спектра и задает последовательность задач психотерапии, вытекающую из этих данных, т.е. содержит примерный протокол или план работы психотерапевта с этими расстройствами, основанный на объективных научных данных. С другой стороны эта модель опирается на принцип составления индивидуальных маршрутов лечения, которые строятся на основе коррекции и конкретизации вышеупомянутого плана в зависимости от изначальной специфики проблем каждого конкретного пациента и хода терапии (Холмогорова А.Б., 2010, 2011).

Анализ научных данных о факторах эффективности психотерапии позволил выделить наиболее достоверные и учесть их при планировании исследования. Эти данные были систематизированы нами в рамках трех блоков: 1) факторы, связанные с процессом; 2) факторы, связанные с характеристиками клиента; 3) факторы, связанные с характеристиками терапевта (Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Никитина И.В., Пуговкина О.Д., 2010). Терапевтический альянс относится к факторам, связанным с процессом психотерапии, относительно которого, как указывалось в обзорной части статьи, отмечается относительно единое мнение у разных исследователей.

В задачи настоящего эмпирического исследования входило: 1) выявление связи качества терапевтического альянса и эффективности лечения; 2) выявление различных предикторов уровня альянса – личностных, семейных, интерперсональных. В данной статье будут освещены результаты решения первой задачи.

Качество альянса оценивалось психотерапевтами и врачом-психиатром, принимавшим участие в клинической оценке и лечении больных.

Комплаенс в медикаментозном лечении оценивался при помощи модифицированной шкалы CGI, которая направлена на оценку аккуратности в выполнении врачебных рекомендаций (соблюдения режима приема лекарств и посещения врача).

Для оценки терапевтического альянса психотерапевтом, использовалась специально разработанная шкала, которая включала такие характеристики взаимодействия, как мотивация к лечению, аккуратность посещения сеансов, активность и конструктивность усилий, прикладываемых пациентом в ходе лечения, свобода и открытость выражения чувств, разделение пациентом ответственности за ход лечения и др. (всего 16 параметров).

Для диагностики симптомов психических расстройств использовались следующие инструменты:

1. Шкала оценки выраженности клинических симптомов Л. Дерогатис (Symptomatic Checklist – 90, SCL-90).
2. Опросник депрессии А. Бека (Beck Depression Inventory, BDI).
3. Опросник тревоги А. Бека (Beck Anxiety Inventory, BAI).
4. Шкала глобального клинического впечатления (Clinical Global Impression Scale, CGI).

Для исследования было отобрано 47 пациентов с расстройствами аффективного спектра. Врачом-психиатром проведена диагностика каждого пациента в соответствии с критериями МКБ-10. Все пациенты, после подписания информированного согласия на

участие в исследовании, были обследованы с помощью описанного выше комплекса методик.

Всем пациентам был предложен курс интегративной психотерапии, в основу которого положены когнитивно-бихевиоральный и системный подходы, а также ряд идей отечественной клинической психологии и других школ психотерапии (см. Холмогорова А.Б., 2011). Всего было проведено 570 сеансов и 70 супервизий. 12 пациентов (25% от общего числа) по показаниям получили 18 сеансов семейной или супружеской психотерапии. 75% пациентов по показаниям было предписано медикаментозное лечение.

В процессе проведения обследования были выделены три группы: «drop-out» (пациенты, которые по разным причинам оставили лечение до получения 10 сеансов интегративной психотерапии), «краткосрочная терапия» (пациенты, которым удалось достичь клинически значимых улучшений состояния и поставленных целей психотерапии в течение 10-15 сессий), «долгосрочная терапия» (пациенты, которым для достижения клинически значимых улучшений и поставленных целей психотерапии понадобилось более 20 сессий). Средняя продолжительность курса лечения составила в группе «drop-out» – 5 сессий, в краткосрочной группе – 11,5 сессий, в группе долгосрочной терапии – 28,4 сессии.

В исследовании приняли участие 5 психотерапевтов с опытом работы с данным контингентом от 10 до 20 лет и врач-психиатр с опытом работы более 20 лет.

После 10–15 сессий пациенты прошли повторное обследование и заполнили шкалы самоотчета (всего 15 пациентов в краткосрочной группе и 15 пациентов в долгосрочной группе; 19 пациентов составили группу drop-out). Были также проведены интервью с психотерапевтами и психиатрами с целью получения экспертных оценок.

Результаты были подвергнуты статистической обработке с использованием пакета статистических программ SPSS 13.0. Для сравнения исследовательских групп по выделенным признакам использовались непараметрические критерии Манна-Уитни (для парного сравнения групп) и Краскела-Уоллиса (для общего сравнения групп). Для анализа социодемографических данных применялся критерий хи-квадрат Пирсона.

На основе сравнения результатов обследования с помощью разработанного методического комплекса трех групп пациентов: «краткосрочная терапия», «долгосрочная терапия», «drop-out» были проанализированы особенности терапевтического альянса и его динамики.

Выделенные группы значимо не различались по социодемографическим характеристикам:

- *средний возраст в краткосрочной группе оказался несколько ниже, чем в других группах (31,1 год в drop-out, 29,5 в краткосрочной и 31,4 года в долгосрочной группе);*
- *в краткосрочной группе и группе «drop-out» преобладали женщины (66% и 85% соответственно), в группе долгосрочной терапии оказалось равное распределение испытуемых по полу;*
- *количество холостых пациентов составило от 50 до 58% во всех группах, при этом соотношение женатых и разведенных различается: в группе прервавших всего 3,5% разведенных, в краткосрочной – 8%, в долгосрочной – 22%;*

- распределение по уровню образования не различается в группах – от 70 до 85% пациентов имели высшее образование;
- наибольшее число неработающих пациентов отмечено в группе долгосрочной терапии (40%, по сравнению с 25% и 16% в других группах), а наибольшее число работающих – в краткосрочной группе (67% по сравнению с 52% и 56% в других группах).

Клинические характеристики обследованных групп:

- в группе drop-out равным образом были представлены депрессивные и тревожные расстройства (по 46% и 41% пациентов соответственно), 4 пациента с соматоформным расстройством, один – с основным диагнозом зависимость от психоактивных веществ. Половина депрессивных расстройств в этой группе представляли собой случаи первичного обращения за помощью – т.е. депрессивные эпизоды разной степени тяжести (F 30.1 – 30.3). Среди тревожных расстройств преобладало генерализованное тревожное расстройство (62% от общего числа пациентов с тревожными расстройствами), которое, как правило, характеризуется конфликтной мотивацией на лечение;
- в группе краткосрочной терапии из 45% испытуемых с депрессивными расстройствами большинство (за исключением одного пациента) относилось к категории F33.0 – 33.3 (эпизод рекуррентной депрессии разной степени тяжести), 57% пациентов обратились по поводу тревожных расстройств;
- в группе долгосрочной терапии были пациенты с тревожными расстройствами (55%), из них половина имела диагноз обсессивно-компульсивного расстройства, а также смешанным тревожно-депрессивным расстройством (21%). Депрессивные расстройства (34% пациентов) представляли собой, как и в краткосрочной группе, эпизоды рекуррентной депрессии.

Значительная часть пациентов во всех группах имела коморбидные диагнозы расстройств аффективного спектра (от 30% в группе «drop-out» до 37% в краткосрочной группе) и личностных расстройств (около от 53% в группе «drop-out» до 70% в группе долгосрочной терапии).

Результаты исследования

Анализ данных клинических шкал оценки состояния пациентов в начале лечения и после 10–15 сессий (в краткосрочной группе это была точка завершения лечения) свидетельствует, что у всех пациентов, прошедших необходимый курс терапии, наблюдалось существенное ($p < 0,05$) снижение выраженности симптомов диагностированного расстройства.

Анализ данных шкалы комплайенса в медикаментозном лечении свидетельствует, что пациенты в группе краткосрочной терапии существенно лучше выполняли назначения врача (табл. 1). Мы не приводим данных по комплайенсу в группе пациентов, прервавших терапию, т.к. часть больных были у врача лишь единожды и данных недостаточно для обобщения.

Анализ данных рабочего альянса в психотерапевтическом лечении также свидетельствует о его важной роли в качестве фактора, влияющего на эффективность и продолжительность необходимого курса лечения. Таблица 2 и рис. 2 демонстрируют различия в уровне и динамике альянса. Группу пациентов, преждевременно прервавших лечение, отличает самый низкий уровень альянса в начале лечения и отсутствие тенденции в росте после 5 недель терапии. Наиболее высокие показатели качества рабочего альянса ($p < 0,005$ по сравнению с двумя другими группами) как в начале, так и в конце лечения отмечены в группе краткосрочной терапии. Пациентов в группе долгосрочной терапии отличает более низкая динамика роста качества терапевтических отношений в процессе лечения по сравнению с группой краткосрочной терапии.

Если сравнивать отдельные вопросы шкалы терапевтического альянса, то наиболее значимые различия между группой краткосрочной терапии и группами «drop-out» и группой долгосрочной терапии (подтверждаемые статистически) наблюдаются по пунктам «конструктивное включение в работу по постановке целей и задач терапии и готовность к консенсусу с терапевтом», «свобода выражения чувств», «идентификация с методом работы», «энтузиазм, оживляющий сеанс» (рис. 3 и 4, таблица 3).

На рисунках 3 и 4 отображена динамика отдельных параметров терапевтического альянса в груп-

Таблица 1. Уровень комплайенса в медикаментозном лечении в группах краткосрочной и долгосрочной терапии (оценка врача-психиатра)

	Группа краткосрочной терапии M (SD)	Группа долгосрочной терапии M (SD)
Общий балл по шкале медицинского комплайенса	15,8 (2,5)	10,2 (6,2)*

*различия статистически значимы, критерий Манна-Уитни, $p < 0,05$

Таблица 2. Уровень альянса в психотерапии в обследованных группах в начале лечения и после 10 недель терапии (оценка психотерапевта)

	Группа drop-out M (SD)	Группа краткосрочной терапии M (SD)	Группа долгосрочной терапии M (SD)
Общий балл по шкале терапевтического альянса в начале лечения	24,7 (8,21)	28,6 (5,5)*a	25,3 (4,34)
Общий балл по шкале терапевтического альянса после 5 недель терапии	24,0 (9,6)	35,9 (3,43)*ab	30,4 (3,8)*c

*a различия значимы при сравнении группы краткосрочной терапии и группы drop-out, $p < 0,01$

*b различия значимы при сравнении группы краткосрочной и долгосрочной терапии, $p < 0,01$

*c различия значимы при сравнении группы долгосрочной терапии и группы drop-out, $p < 0,01$



пах краткосрочной и долгосрочной терапии. Видно, что тенденции к росту уровня альянса присутствует в обеих группах, однако конфигурации профилей различаются.

Обращает внимание соотношение показателей по параметру 1 «свобода выражения чувств» (рис. 3 и 4). В обеих группах наблюдается выраженная динамика, однако пациенты в краткосрочной группе только спустя 10 недель после начала терапии достигают уровня, с которым пациенты в краткосрочной группе начинают лечение. В количественном отношении наибольшие различия наблюдаются по параметрам «энтузиазм» и «конструктивное включение в работу по постановке целей, задач и терапии»: пациенты в группе долгосрочной терапии после 5 недель лечения уступают больным группы краткосрочной терапии.

В таблице 3 проанализированы аспекты терапевтических отношений, за счет которых происходит общее повышение уровня рабочего альянса. Если сравнивать отдельные вопросы шкалы терапевтического альянса, то наиболее значимые различия между группой краткосрочной терапии и группами «drop-out» и группой долгосрочной терапии (подтверждаемые статистически) наблюдаются по пунктам «конструктивное включение в работу по постановке целей и задач терапии и готовность к консенсусу с терапевтом», «свобода выражения чувств», «идентификация с методом работы», «энтузиазм, оживляющий сеанс» (рис. 3 и 4, таблица 3).



Рис. 3. Значения отдельных пунктов шкалы терапевтического альянса в группе краткосрочной терапии в начале лечения и после 10-15 сессий психотерапии



Рис. 4. Значения отдельных пунктов шкалы терапевтического альянса в группе долгосрочной терапии в начале лечения и после 10-15 сессий психотерапии

Помимо упомянутых выше аспектов, пациенты в группе краткосрочной терапии быстрее приходят к согласию с терапевтом относительно сути проблем и выражают большую готовность прикладывать собственные усилия и выполнять предписания, по сравнению с пациентами в группе долгосрочной терапии (таблица 3).

Таблица 3. Статистически значимая динамика отдельных пунктов шкалы терапевтического альянса в группах краткосрочной и долгосрочной терапии в начале лечения и после 10-15 сессий

№ вопроса		Группа краткосрочной терапии	Группа долгосрочной терапии
1	Достаточно свободно выражает свои чувства	a*	a
2	Идентифицирует себя с методом работы	a	a
3	Ожидает, что желаемые изменения должны произойти благодаря усилиям терапевта*	a	b**
4	Прикладывает усилия, чтобы выполнить все рекомендации терапевта	a	
5	Признает проблемы, в которых терапевт может ему помочь	a	
7	Рассказывает о себе свободно, открыто и честно	a	b
11	Проявляет энтузиазм, оживляющий сеанс	b	
13	Конструктивно включается в работу по постановке целей и задач терапии и приходит к консенсусу с терапевтом	a	b
16	Принимает на себя роль клиента и свою часть ответственности		b

*a — положительная динамика, критерий Вилкоксона, $p < 0,05$;

**b — положительная динамика, критерий Вилкоксона, $p < 0,1$

Анализ связи выраженности улучшений по клиническим шкалам и уровня терапевтического альянса с помощью корреляционного анализа, а также сравнения групп по тяжести исходного состояния позволяет говорить о том, что качество альянса является характеристикой, относительно независимой от этих параметров, за исключением наличия коморбидной личностной патологии.

Обсуждение

Полученные в нашем исследовании результаты в целом соотносятся с данными других исследователей. Сравнение групп показывает, что качество терапевтического альянса как в медикаментозном, так и в психотерапевтическом лечении связано с эффективностью и продолжительностью терапии.

Так, предикторами быстрого достижения клинически значимых улучшений состояния и достижения основных целей психотерапии является достаточно высокое качество альянса в начале лечения, а также выраженная тенденция к его росту в течение первых 10–15 сессий. Основные параметры, по которым происходит упрочнение рабочих отношений пациента и терапевта – это открытость на сессии и свобода выражения чувств, а также конструктивная работа по постановке целей и задач терапии. Важное прогностическое значение имеет также энтузиазм пациента, принятие им способа лечения и готовность прикладывать уси-

лия. Именно эти характеристики пациента (Howard K., Krasner R., Saunders S., 2000), а также аспекты процесса терапии (Green R.-J., 2004) были отмечены в обзоре, как наиболее важные для качества терапевтического альянса и прогноза эффективности терапии.

Литературные данные говорят о том, что успешность терапии наиболее надежно предсказывает качество раннего альянса (Hersoug A. et al, 2002, Howard K., Krasner R., Saunders S., 2000; Safran J., Muran J., 2006). В нашем исследовании продемонстрировано, что терапевтический альянс определяет скорее длительность необходимого лечения, чем эффективность терапии. Так, в группе долгосрочной терапии невысокое качество раннего альянса было компенсировано в течение первых 10 недель терапии, в течение которых была достигнута клинически значимая положительная динамика состояния больных, хотя речь не шла еще о выздоровлении. В группе пациентов, преждевременно прервавших терапию, отсутствовали тенденции к росту рабочего альянса, что значимо отличало их от больных как краткосрочной, так и долгосрочной группы.

Направлением дальнейшего анализа данных является поиск предикторов уровня терапевтического альянса среди личностных, семейных и интерперсональных характеристик пациентов, а также анализ механизмов формирования альянса в зависимости от диагностической принадлежности пациентов и других характеристик.

Список литературы:

1. Аведисова А.С., Бородин В.И. К проблеме нежелательных явлений при психотерапии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2004. – Т. 01, № 3. – С. 16–19.
2. Бабин С.М., Шлафер А.М., Сергеева Н.А. Комплаенс-терапия больных шизофренией. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 2. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 28.08.2011).
3. Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. – СПб., 2001.
4. Бородин В.И. Переносимость лечения у больных с депрессивными расстройствами: автореф. ... док.мед.наук. – М., 2009.
5. Бородин В.И., Пучков И.И. Факторы, обуславливающие отказы от психофармакотерапии больных депрессивными расстройствами (обзор литературы) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004, Т. 6, № 5. – С. 216–220.
6. Гурович И.Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии // И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, Я.А. Сторожакова. – М.: Медпрактика, 2004. – 492 с.
7. Кемп Р. Комплаенс-терапия: [пер. с англ.] / Р. Кемп, А. Дэвид, П. Хейворд (R. Kemp, A. David, P. Hayward) // Обзор современ. психиатрии. – 2000. – Вып. 5. – С. 91–101.
8. Куртис Х. Концепция терапевтического альянса: расширение границ // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2001. – № 5.
9. Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. – М., 2011.
10. Холмогорова А.Б. Две конкурирующие методологии в исследованиях психотерапии и ее эффективности: поиск третьего пути // Журнал консультативной психологии и психотерапии. – 2010. – № 1.
11. Холмогорова А.Б., Гарянян Н.Г., Никитина И.В., Пуговкина О.Д. Научные исследования процесса психотерапии и ее эффективности: современное состояние проблемы. Часть 2 // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20. – С. 70–79.
12. Холмогорова А.Б., Пуговкина О.Д., Воликова С.В., Гарянян Н.Г., Довженко Т.В., Петрова Г.А., Юдеева Т.Ю. Эффективность комбинированной терапии расстройств аффективного спектра в естественных условиях амбулаторного приема // Современная терапия психических расстройств. – 2010. – № 3. – С. 22–33.
13. Bateman A., Fonagy P. *Mentalization-based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*. – New York, 2006.
14. Blow A., Sprenkle D. Common factors across theories of marriage and family therapy: A modified Delphi study // *Journal of Marital and Family Therapy*. – 2001. – V. 27. – P. 385.
15. Bowlby J. Disruption of affectional bonds and its effects on behavior // *Canada's Mental Health Supplement*. – 1969. – Vol. 59. – P.12–19.
16. De Bolle M., Johnson B., De Fruyt F. Patient and Clinician Perceptions of Therapeutic Alliance as Predictors of Improvement in Depression // *Psychother Psychosom.* – 2010. – V. 79. – P. 378–385.
17. De Weert-Van Oene G.H., Jorga F., de Jongh C.A.J. Association between Interpersonal Behaviour and Helping Alliance in Substance-Dependent Patients // *Eur Addict Res.* – 2006. – V. 12. – P. 67–73.
18. Eames V., Roth, A. Patient attachment orientation and the early working alliance – A study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures // *Psychotherapy Research.* – 2000. – Vol. 10. – P. 421–434.
19. Green J. The therapeutic alliance – a significant but neglect variable in mental health treatment studies // *Journal of child psychology and psychiatry.* – 2006. – V. 47. – P. 425–435.
20. Green R.-J. Therapeutic alliance, focus, and formulation: thinking beyond the traditional therapy orientation // *Association of Family Therapists of Northern California Newsletter.* – 2004. – V. 1.
21. Green R.-J., Herget M. Outcomes of systemic/strategic team consultation: The importance of therapist warmth and active structuring // *Family Process.* – 1991. – V. 30. – P. 321–336.
22. Friedman L. The therapeutic alliance // *Internal. J. Psycho-Anal.* – 1969. – V. 50. – P. 139–153.
23. Hersoug A., Monsen B., Havik O., Hogglund P. Quality of Early Working Alliance in Psychotherapy: Diagnoses, Relationship and Intrapyschic Variables as Predictors // *Psychother Psychosom.* – 2002. – V. 71. – P. 18–27.
24. Hill C., Thompson B., Cogar M., Denman D. Beneath the surface of long-term therapy: therapist and client report of their own and each other's covert processes // *Journal of counseling psychology.* – 1993. – V. 38. – P. 278–287.
25. Howard K., Krasner R., Saunders S. Evaluation of psychotherapy // in: *Comprehensive textbook of psychiatry* // H. Kaplan, B. Sadock (Eds). – NY, 2000.
26. Kanter J., Rusch L., Nolman G., Whiteside U., Landes S. The use and nature of present-focused interventions in cognitive and behavioral therapies for depression // *Psychotherapy: theory, research, practice, training.* – 2009. – V. 46. – P. 220–232.
27. Karver M., Handelsman J., Fields S., Bickman L. Meta-analysis of therapeutic relationship variables // *Clinical Psychology review.* – 2006. – V. 26. – P. 50–65.
28. Krupnick J., Stotsky S., Simmens S., Moyer J., Watkins J., Elkin I., Pilkonis P. The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy and Pharmacotherapy Outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression. Collaborative Research Program // *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* – 1998. – V. 64. – P. 532–539.
29. Nagy J., Safran J., Muran J., Winston A. A comparative analysis of treatment process and therapeutic ruptures // Intern meeting of the Society for Psychotherapy Research, Snowbird, UT. – 1998.
30. Safran J., Muran J., Samstag L., Stevens C. Repairing alliance ruptures // *Psychotherapy.* – 2001. – V. 38. – P. 406–412.
31. Safran J., Muran J. Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? // *Psychotherapy: theory, research, practice, training.* – 2006. – V. 43. – P. 286–291.
32. Satterfield W.A., Lyddon W.J. Client attachment and the working alliance // *Counseling Psychology Quarterly.* – 1998. – Vol. 11. – P. 407–415.