

ЧАСТЬ 1

Введение

ОСНОВЫ ИНТЕРПЕРСОНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

С момента первого издания данной книги в 2007 г. в психотерапии в общем и в интерперсональной терапии в частности произошло огромное количество перемен. В то время как спрос на психотерапию в целом в Соединенных Штатах немного упал [Marcus et al., 2010], заметно вырос интерес к доказательной психотерапии, в том числе к интерперсональной (ИПТ). Об этом свидетельствует то, что ИПТ включили в национальные и международные протоколы лечения, увеличилось количество программ подготовки специалистов [Stewart et al., 2014], а также развитие Международного общества интерперсональных психотерапевтов (ISIPT) <https://interpersonalpsychotherapy.org>.

К примеру, в 2016 г. Всемирная организация здравоохранения и Всемирный банк подчеркнули необходимость уделить особое внимание лечению психических заболеваний в сфере здравоохранения. Программа ВОЗ mhGAP по принятию мер в отношении психических и неврологических расстройств поддерживает популяризацию ИПТ для лечения депрессии по всему миру. Другие программы, продвигающие использование методов ИПТ, включают Grand Challenges Canada, международную программу Strong Minds в Уганде и в Африке в целом, применение ИПТ в работе с беженцами

и жертвами катастроф на Гаити, в Иордании и Ливане, а также в рамках первичной медицинской помощи в мусульманских странах (глава 24). Данные проекты освещают универсальность как межличностных проблем, так и желания исцелить их. Интерперсональную психотерапию относительно легко адаптировать для разных культур и условий жизни, поскольку механизмы привязанности и реакции на триггеры ее нарушения схожи во всех культурах и странах. Коммуникация в отношениях в разных культурах отличается, но основополагающие принципы и эмоциональные реакции одинаковы. Ритуалы, связанные со смертью, отличаются в зависимости от региона и культуры, однако опыт горевания о смерти любимого человека универсален. Поэтому элементы ИПТ, проблемные сферы и их лечение легко адаптировать для различных культур, возрастных групп и условий жизни.

Однако в связи с широким распространением ИПТ на многих уровнях в разнообразных культурах и ситуациях возникают вопросы о ее эластичности и аутентичности: насколько можно менять модель и по-прежнему называть ее ИПТ?

Мы называем эту книгу *платформой* для ИПТ, подразумевая под этим как манифест, или “формальное изложение принципов”, так и более техническое определение “стандарт для аппаратного обеспечения компьютера, который определяет, какое программное обеспечение он сможет обслуживать”.¹ Данная книга представляет собой платформу для использования ИПТ в клинической среде и в исследованиях, определяя ее основные элементы. Любая адаптация должна содержать все элементы для того, чтобы считаться ИПТ. Книга также определяет элементы, не совместимые с ИПТ: отсутствие временных ограничений, пассивность терапевта, фокус на личности, переносе или когнициях и т.д.

Нас очень радует, что большое количество исследователей и клиницистов находят элементы ИПТ полезными и адаптируют их для различных форм лечения и диагностики. Мы приветствуем такое исследование и адаптацию, однако для того, чтобы называть это ИПТ, следует придерживаться основных принципов или указывать, почему некоторые из них не могут использоваться в конкретной ситуации. Отклоняться от модели, которую мы описываем в книге и которая послужила основой для исследования, утвердившего международное использование ИПТ, значит отклоняться от доказательной базы, обеспечивающей клиническую достоверность ИПТ.

¹ Определения взяты из thefreedictionary.com и oxforddictionaries.com. — Примеч. перев.

ЭЛЕМЕНТЫ ПСИХОТЕРАПИИ

В попытке установить стандарты доказательной психотерапии Институт медицины (ИОМ)² в 2015 г. провел исследование общей терминологии элементов индивидуальной психотерапии для разных методов терапии и разных диагнозов. Термин “элементы” стал использоваться в литературе доказательной психотерапии для обозначения основных компонентов различных методов лечения. По определению ИОМ “элементы” включают в себя терапевтические действия, техники или стратегии — как специфические, так и неспецифические [ИОМ, 2015]. Неспецифические элементы, которые часто описывают как “общие факторы” [Frank, 1971; Wampold, 2001], являются общими для разных методов психотерапии. Эти техники помогают построить доверительные терапевтические отношения, позволяют пациенту сообщать личную информацию и рассчитывать на значительный терапевтический эффект во всех видах разговорной психотерапии [Wampold, 2001]. Эти неспецифические элементы, включающие конфиденциальность, вовлечение пациента, эмпатию, слушание без осуждения, доверие и работу с чувствами и аффектами, также являются частью ИПТ (глава 3). Общие факторы могут быть необходимым компонентом любой терапии и в значительной мере способствовать успехам лечения. Данные техники, которые терапевты ИПТ (а в идеале все терапевты) используют для подкрепления более специфичных стратегий, не являются уникальными или новыми.

Более специфичные элементы описаны в главе 10. Они включают в себя следующее.

1. Использование медицинской модели, в которой терапевт определяет и описывает симптомы и диагнозы и назначает пациенту “роль больного”.
2. Определение “межличностного инвентаря”.
3. Обозначение временных рамок лечения.
4. Презентация на начальном этапе лечения связи межличностной проблемы (горевание, ролевой конфликт, ролевой переход или дефициты межличностных отношений) с психиатрическим диагнозом.

ИПТ также использует такие стратегии, как помощь в установлении связи между колебаниями настроения и ежедневными межличностными

² Независимый научный центр в США, целью создания которого является исследование качества медицинского обслуживания. — Примеч. перев.

событиями; анализ коммуникации и исследование межличностных опций вместе с техниками когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) и другими видами лечения, включая ролевую игру.

Некоторые из этих специфических элементов всплывают и в других видах психотерапии, иногда под другими названиями. Тем не менее цели, последовательность, акценты и развернутое описание всех элементов пациенту в рамках терапевтической стратегии уникальны именно для ИПТ. Эти элементы сохраняются и в многочисленных адаптациях ИПТ для различных диагнозов, возрастных групп, форматов и культур. Многие из них отражены в критериях оценки приверженности терапевта данному методу, которые используются в исследованиях [Hollon, 1984]. Что более важно, доказательная база исследований, основанная на около 100 клинических исследованиях, проистекает из этих специфических элементов. По мере того как система здравоохранения (по крайней мере в США) движется в сторону практики, основанной на статистических данных, критерии оценки приверженности могут использоваться для того, чтобы убедиться, что клиницисты общей практики действительно используют элементы ИПТ должным образом.

Сторонники комбинирования различных элементов, считают все психотерапевтические подходы схожими, и в основном это когнитивно-поведенческие терапевты, которые любят разбирать КПТ на составляющие. ИПТ же, как и другие виды терапий, которые работают с чувствами [Milrod, 2015; Swartz, 2015], использует более целостный подход. ИПТ не сводится просто к совокупности своих составляющих, а исключение важных элементов может нарушить весь процесс лечения, как и отойти от доказательной базы. Поэтому мы призываем исследователей и клиницистов использовать ИПТ как неделимое целое и полный комплекс, который описан в данной книге, адаптируя его для специфических групп пациентов.

ДОПУСТИМЫЕ АДАПТАЦИИ

Количество адаптаций интерперсональной терапии для различных расстройств значительно выросло, в связи с чем возникает вопрос: до какой степени адаптация считается допустимой, чтобы при этом терапия оставалась интерперсональной?

Основные специфические элементы ИПТ, описанные в данной книге, составляют ее суть. Исследователи могут адаптировать их, изменяя продолжительность терапии, как в случае с краткосрочной ИПТ, интерперсональным консультированием или поддерживающим лечением. В случае

с более общей психотерапией остается неясным, какой должна быть оптимальная продолжительность ИПТ. Тем не менее крайне важно определить временные рамки в самом начале лечения: фиксированное количество еженедельных сессий (или ежемесячных в случае поддерживающей терапии) для четкого понимания продолжительности терапии. Временные рамки помогают продвигаться в терапии. Составные части ИПТ могут адаптироваться в зависимости от возраста (например, подростковый, препубертатный или пожилой), или исследователи могут корректировать подход в зависимости от целевой группы. Адаптация также предполагает изменение формата (групповая или совместная ИПТ) или целевого диагноза (например, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) или биполярное расстройство). Если специалист меняет диагноз, фокус на отношениях между синдромом и интерперсональным контекстом сохраняется. Еще одним основным принципом и историческим аспектом ИПТ является то, что подобные адаптации требуют проверки и оценки на работоспособность.

Адаптации ИПТ для различных культур обязательно содержат понимание особенностей той или иной культуры и традиций. Примерами являются участие членов семьи в терапевтических сессиях, обсуждения по поводу второй жены в доме, понятия смерти и способы выражения почтения к усопшим, работа с ассертивностью и избеганием прямой критики, которая может угрожать стабильности семьи [Markowitz, 2009]. Внимание к подобным нюансам не меняет значительным образом клинической парадигмы ИПТ, связывающей настроение с жизненными обстоятельствами. Мы благодарны многим исследователям ИПТ, которые привнесли свои адаптации в данный вид терапии, и многих из них (но едва ли всех) мы цитируем в данной книге. Наш обзор скорее избирательный, чем исчерпывающий, поскольку на сегодняшний день существует слишком много адаптаций ИПТ, которые невозможно рассмотреть в данной книге, и мы надеемся, что исследователи в дальнейшем испробуют еще большее их количество.

Применение более одного терапевтического подхода может быть полезным для пациентов с некоторыми диагнозами, в лечении которых нет единого возможного подхода. Доступность ряда доказательных методов психотерапии вместе с медикаментозным лечением (таким как фармакотерапия), является приоритетом общественного здравоохранения. Проблема терапии в данном случае в том, как реагировать на стремление некоторых клиницистов объединять различные подходы лечения, которые им нравятся, не нарушая при этом целостность ИПТ, обозначенную клиническими исследованиями. Мы предостерегаем от произвольной терапевтической избирательности по двум причинам.

1. Результаты исследований показывают, что приверженность одному методу, что является признаком хорошего терапевта, способствует лучшему результату лечения [Frank et al., 1991].
2. Пациент, прошедший курс ограниченной по времени терапии, должен по окончании лечения иметь четкое представление о том, как реагировать на симптомы.

Терапевт, использующий слишком много методов, может выглядеть крупным специалистом в глазах пациента, поскольку у него имеется ответ на любую ситуацию, однако пациент в итоге не будет иметь четкого представления о том, как справляться со стрессорами в жизни после окончания терапии [Markowitz & Milrod, 2015]. Приверженность терапевта одному четкому подходу, напротив, вероятнее даст пациенту полезную схему для реакции на симптомы.

Тем не менее иногда может быть полезным добавлять в ИПТ элементы других подходов. В таком случае наиболее четким и действенным для терапии способом осуществить подобное будет добавить отдельный модуль в курс ИПТ. Например, мотивационное интервьюирование может помочь вовлечь пациентов в терапию или снизить употребление психоактивных веществ [Swartz et al., 2008].

Возможно, наилучшим примером здесь послужит Элен Франк, которая дополнила ИПТ (для лечения депрессии) бихевиористскими компонентами для регулировки уровня психического тонуса и сохранения сна у пациентов с биполярным расстройством, создав смесь, которую она назвала *интерперсональной и социальной ритмической терапией* [Frank, 2005]. Инноватору следует учесть: создает ли смесь элементов различных терапий потенциальное теоретическое или практическое противоречие в лечении, и в таком случае работать с ним. Модульный принцип позволяет разделять особенности и оценку потенциальной эффективности ИПТ и добавленного к ней модуля.

Мы полностью поддерживаем возможность рекомендации пациентам ИПТ других доказательных методов терапии, медикаментозного лечения (которое может использоваться параллельно с ИПТ) и/или альтернативных методов психотерапии, в случае если ИПТ не дала клинического прогресса или если пациенту и терапевту стало ясно, что ИПТ не является подходящим методом лечения в конкретном данном случае. Целью терапии является ремиссия пациента.

Последним пунктом касательно адаптации является то, что другие доказательные методы психотерапии могут также добавлять элементы ИПТ в качестве отдельных модулей, например “межличностный инвентарь” или

межличностную проблемную сферу. Тем, кто работает с такими методами, не следует экспериментировать с ИПТ и преподносить ее под другим именем, что в итоге только “размоет” психотерапевтическую доказательную базу.

ВОПРОС ТРАНСДИАГНОСТИКИ

Еще один термин, появившийся в 2007 г., — “трансдиагностика” — описывает методы психотерапии и их элементы, которые используются в работе с разными диагнозами. В некоторой степени появление этого термина отражает расхождение адаптаций КПТ. Некоторые из них являются более когнитивными (а другие более поведенческими) в лечении различных расстройств. Многие из этих специфических адаптаций КПТ (например, метод экспозиции и предотвращения ритуалов для лечения обсессивно-компульсивного расстройства) оказались впечатляюще эффективными. Проблема в том, что подходы могут настолько отличаться, что терапевты, являющиеся экспертами в одном из подходов КПТ, могут быть абсолютно не компетентны в других, что привело к стремлению к единому, унифицированному подходу, который лечит множество диагнозов. ИПТ, в свою очередь, всегда была “трансдиагностичным” подходом. Основные элементы ИПТ были разработаны для лечения взрослых с клинической депрессией, но они все также подходят для лечения других видов расстройств, по которым проводились клинические исследования, например биполярного, социального тревожного, дистимического расстройств и булимии, в разных возрастных и культурных группах. В лечении употребления психоактивных веществ ИПТ не показала себя эффективным методом (глава 19).

В различных культурах существует некая универсальность касательно вопросов привязанности, межличностных отношений, социальной поддержки и их связи с психопатологиями. Клиницист должен быть знаком с целевым диагнозом. В случае перехода от использования ИПТ для лечения клинической депрессии к лечению другого расстройства, основной метод ИПТ должен быть соблюден. При использовании ИПТ, независимо от диагноза, терапевту следует определить основной диагноз (или его симптомы) и его проявления, а также определить суть межличностной проблемной сферы в жизни пациента на данный момент. Следует также указывать на взаимосвязь между проявлением диагноза и межличностной проблемной сферой.

В рассмотрении методов лечения мы делаем акцент на диагноз, однако ИПТ учитывает также и симптомы, а в бедных ресурсами странах — дистресс, успешно используя ту же связь между основной

межличностной проблемной сферой и симптоматикой. Дистресс обычно включает в себя симптомы депрессии и/или тревоги, хотя возможна и другая симптоматика.

КАК РАБОТАЕТ ИПТ

Принцип работы любой психотерапии до конца не изучен. Необходим терапевтический альянс: важную роль играют “общие факторы” [Frank, 1971], а также могут добавляться специфические факторы. Ниже описана теоретическая (теория привязанности Д. Боулби, Г. Салливана) и эмпирическая (исследование жизненных событий) структура ИПТ. Также рассматривается, как элементы ИПТ связаны с этой основой (рис. 1.1) и объясняется механизм изменений или принцип работы ИПТ.

Генетические предпосылки для депрессии и других психиатрических расстройств до сих пор полностью не изучены, хотя большое количество исследований дает некоторое понимание вопроса. Большинство психиатрических расстройств передаются генетически в семьях с умеренной наследуемостью [Guffanti et al., 2016], их проявления могут регулироваться окружением или семьей, в которой человек живет. Также особое внимание и важность уделяется признанию влияния окружения на экспрессию генов, что относится к области эпигенетики. Стресс от неблагоприятных условий среды, который угрожает привязанности, такой как смерть близкого человека, считается непосредственным триггером (то, что в ИПТ классифицируется как *межличностная проблемная сфера*) и может привести к фенотипическим нарушениям или проявлению симптома. ИПТ стремится прояснить отношение между проявлением симптома (изменением фенотипа) и его триггером (интерперсональной проблемной сферой), которое выявляется под влиянием ограниченного во времени лечения. Значительная часть работы в ИПТ включает в себя помощь пациенту в том, чтобы увидеть взаимоотношение между триггерами окружающей среды и изменением фенотипа, а также помочь найти межличностные реакции для нейтрализации кризиса (именно поэтому стрелки на рис. 1.1 двунаправленные).

Иногда симптомы проявляются без значительных триггеров в окружающей среде и приводят к межличностным трудностям (ролевые конфликты или смена ролей). ИПТ гораздо меньше интересуется причинная связь, чем сам факт наличия связи между ними.

Неспецифические элементы терапии способствуют установлению отношений и доверия, а также обеспечивают терапевтический эффект ИПТ.

ИПТ использует “общие факторы”, такие как аффективная активация и положительный опыт [Frank, 1971] особенно эффективно, помогая пациентам выдержать свои чувства и использовать их в качестве информации для укрепления успешных межличностных отношений. Данные техники включают стандартизованные методы содействия диалогу и пробуждения чувств. “Межличностный инвентарь” помогает определить как проблемную сферу (триггер), так и потенциальную социальную поддержку и опасность в окружении, чтобы пациент мог справиться с симптомами.

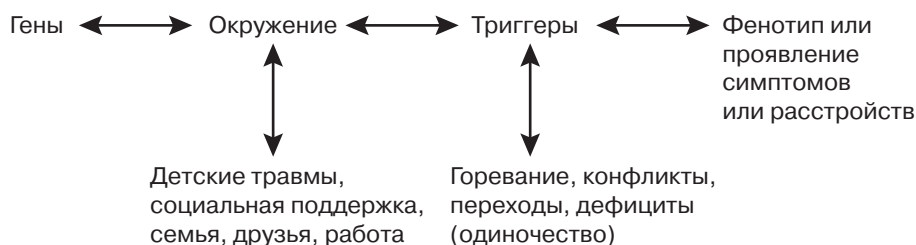


Рис. 1.1. Модель предрасположенности к стрессу

Диагностический обзор, медицинская модель и психообразование в ИПТ помогают прояснить симптомы и их проявления, и утешить пациентов по поводу прогноза и разнообразия доступных методов лечения. Временные ограничения помогают сфокусироваться на лечении, установить цели и продвигаться в работе без формального домашнего задания, а также являются гарантией того, что терапевт и пациент рассмотрят альтернативные методы лечения, если за отведенный промежуток времени симптомы не ослабевают. Начальный этап работы при кратковременном лечении помогает пациенту осознать, что его межличностные взаимодействия провоцируют сильные чувства, которые не являются “плохими” или “опасными”, а предоставляют межличностную информацию (например, гнев означает, что кто-то доставляет вам неприятности), о которой можно рефлексировать и использовать для того, чтобы справляться со своим окружением. Срединный этап ИПТ направлен на то, чтобы помочь пациенту осуществить это. Фокус сохраняется на текущем (“здесь и сейчас”) окружении, а не на реконструкции отдаленного прошлого пациента для понимания нынешних проблем. Лечение фокусируется на интерперсональном значении эмоций пациента и на том, каким образом он может превратить их в действия по улучшению собственной жизни. Заключительный этап суммирует понимание процесса и достижения пациента, укрепляет автономность и завершает процесс интенсивного лечения.

ИСТОРИЧЕСКАЯ, ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ И ЭМПИРИЧЕСКАЯ ОСНОВА ИПТ

Одно из величайших свойств мозга — реагировать на окружение.

Клерман, ок. 1973 г.

ИПТ появилась до того, как случился прорыв в нейробиологических и генетических исследованиях в психиатрии, и до того, как понятие *эпигенетики* стало популярным. Она возникла в контексте усовершенствования оценки новых медикаментов для лечения психиатрических расстройств и развития инструментов для изучения влияния окружения.

ИПТ выросла из убеждений Джеральда Клермана в том, что склонность к депрессии и другим психиатрическим расстройствам имеет биологические предпосылки. Эта идея не была типичной в 1960-х гг., когда психоаналитическое мышление и теория доминировали в психиатрии. Клерман и другие восходящие лидеры психиатрии того времени были специалистами в области психоанализа, во время обучения которому Клерман также начал карьеру исследователя в Национальном институте психического здоровья. Он был психофармакологом, когда проводил свое первое крупное исследование эффективности медикаментов (в данном случае амитриптилина) и психотерапии для поддержания лечения депрессии [Klerman et al., 1974; Weissman et al., 1981].

Психотерапия, прежде именуемая “тесным контактом”, в его исследованиях (в отличие от контакта не тесного характера) стала ИПТ [Klerman et al., 1984; Markowitz and Weissman, 2012]. Она была добавлена в клиническое исследование медикаментов в одной из испытываемых групп, получающей лечение, с целью имитации клинической практики, поскольку психотерапия широко использовалась, но не указывалась в литературе, как подходящая для клинических исследований. Потребность тестировать новые психиатрические медикаменты привела к развитию шкалы оценок и других тестов, которые Клерман использовал для изучения психотерапии.

Труды Адольфа Майера и Гарри Салливана, основателей школы интерперсональной психотерапии, которые подчеркивали эффект текущего психологического и межличностного опыта пациента на развитие симптомов, предоставили теорию для практической терапии. Применяя эти идеи к депрессии, Клерман выделил три составляющие процесса [Klerman et al., 1984].

1. Формирование симптома, включающее в себя развитие депрессивного аффекта и нейровегетативных знаков и симптомов. Этот компонент гипотетически считался основной целью медикаментозного лечения.
2. Социальные и межличностные отношения, включающие взаимодействие с другими в социальных ролях. Подобные отношения могут основываться на детском и другом опыте, как и на текущем социальном подкреплении. Этот компонент привел к классификации основных проблемных сфер ИПТ. Считается, что первоочередная цель психотерапии будет отражена в социальном функционировании.
3. Личность, включающая стабильные качества, такие как выражение гнева, вины, самооценки, межличностной чувствительности и коммуникации. Эти качества могут являться предрасположенностью к депрессии, однако считается, что ни психотерапия, ни медикаментозное лечение не могут существенно на них повлиять. Однако успешное устранение симптомов и социальное функционирование могут сократить проявление негативных качеств личности.

Более обширно исторический очерк эволюции психиатрической мысли от Фрейда до интерперсональной школы представлен в трудах Клермана [Klerman, 1984].

Теория привязанности

Труды Д. Боулби о привязанности также повлияли на ИПТ. Грусть и депрессивное настроение являются частью человеческой жизни и почти универсальной реакцией на разрыв близких межличностных отношений. Боулби утверждал, что привязанность необходима для выживания: привязанность беспомощного младенца к матери обеспечивает биологическое выживание потомка. Постоянное присутствие надежных объектов привязанности помогает ребенку исследовать свое физическое окружение, устанавливать социальные контакты и чувствовать безопасность и поддержку в них. Многие психические расстройства проистекают из невозможности устанавливать и удерживать значимые связи, а также часто связаны с нарушением привязанности [Milrod et al., 2014].

Боулби использовал эти наблюдения для развития общего подхода к психотерапии, который включал бы в себя изучение текущих межличностных отношений и их развития на протяжении жизни, основываясь на опыте взаимодействия с разными фигурами привязанности. Эти идеи проявляются

в проблемных сферах ИПТ: горевание, ролевой конфликт, ролевой переход и дефицит межличностных привязанностей, с фокусом в первую очередь на текущих отношениях между проявлением симптомов/диагноза и ближайшими нарушениями привязанности. Теория привязанности поспособствовала ряду эмпирических исследований — особенно привязанности матери и младенца [Fearon et al., 2006], нарушения привязанности взрослых потомков родителей, страдающих депрессиями [Lipsitz & Markowitz, 2013], а также эпидемиологических исследований социальной поддержки, социального стресса и жизненных событий. Сопутствующие исследования посвящены важности социальной поддержки как компенсации потери и конфликта [Brown & Harris, 1978]. По мере развития более продвинутых шкал оценки данная отрасль стала больше основываться на эмпирических данных.

Также появились исследования, показывающие связь между проявлением симптомов психиатрических расстройств и стрессом, жизненными событиями и долгосрочными последствиями плохого обращения в детстве [Brown & Harris, 1978; Caspi et al., 2003]. Ускоряя эту работу, психиатрическая эпидемиологическая революция, начавшаяся в 1980 г., предоставила информацию о количестве, рисках и проявлении психиатрических расстройств в крупных общинах [Kessler et al., 2005]. В психиатрии широко использовались такие инструменты исследования мозга, как электроэнцефалограмма (ЭЭГ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) для изучения возможных механизмов работы. В нескольких исследованиях уже использовались подобные методы оценки для изучения результатов ИПТ [Brody et al., 2001; Martin et al., 2001; Thase et al., 1997].

Психофармакологическая революция

Также влияние на развитие ИПТ оказала доступность новых психофармакологических веществ и потребность систематически оценивать их эффективность в клинических исследованиях. Использование медицинской модели, составление медицинской карты, установление диагноза с использованием систематических серийных оценок и информирование пациента не было традицией психотерапии на протяжении 1960-х гг., но переросло в важную часть исследований медикаментов. В то время многие практикующие специалисты считали медикаменты и психотерапию неэтичной [Armor & Klerman, 1968; Klerman, 1991; Rounsaville et al., 1981], но эти элементы, рассматриваемые как медицинская проблема, стали более рутинными в психиатрии. Медицинская

модель была включена в оценку симптомов на начальной стадии ИПТ, что для того времени было радикальной идеей в психотерапии, наряду с оценкой социального функционирования и гибким отношением к используемым шкалам оценки.

Тестирование ИПТ в контролируемых клинических исследованиях, подобных тем, в которых тестируют медикаменты, было ключевым для внедрения данного метода лечения. Первое руководство по ИПТ [Klerman et al., 1984] было написано не ранее, чем два последующих клинических исследования показали эффективность, соответствующую требованиям по установлению эффективности лечения. Также требовались клинические исследования адаптаций, важность чего подтвердилась двумя ранними клиническими исследованиями, результаты которых показали, что ИПТ не является эффективным методом лечения наркотической зависимости [Carroll et al., 1991; Rounsaville et al., 1983].

Клерман настаивал на стандартах исследований в психотерапии, схожих со стандартами фармакологических исследований. Он предложил создать аналог Управления по надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA) для психотерапии [London & Klerman, 1982]. Клерман также считал, что стратегии психотерапии должны быть обозначены в руководстве с текстами для проведения обучения и общения с целью удостовериться в последовательности психотерапевтических процедур среди всех терапевтов. Он и Аарон Бек были друзьями, глубоко уважающими друг друга. ИПТ и КПТ развивались параллельно, вплоть до болезни и смерти Клермана, которая замедлила развитие ИПТ до недавнего времени.

ДЕЙСТВЕННОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Действенность индивидуальной ИПТ взрослых с клинической депрессией, которая служит основой данной книги, тестировалась во многих контролируемых клинических исследованиях [Cuijpers et al., 2011]. На данный момент существует более 100 клинических исследований ИПТ [Barth et al., 2013; Cuijpers et al., 2008, 2011, 2016]. Основываясь на тщательных обзорах, ученые четко установили действенность ИПТ (по сравнению с КПТ) наряду с медикаментозным лечением для лечения других форм аффективных расстройств и иных расстройств настроения. Эффективность адаптаций в лечении клинической депрессии в различных форматах, возрастных группах и подтипах представлена в соответствующих главах данной книги.