

# Сверхкраткосрочные интервенции в практике психического здоровья и интегрированной помощи

Сегодня специалисты в области психического и поведенческого здоровья сталкиваются с рядом проблем, вызванных радикальными изменениями в здравоохранении и необходимостью поиска новой практической модели. Как отмечалось во введении, эти проблемы включают:

- 1) большие изменения в современных формах практики и “закат 50-минутного сеанса”;
- 2) то, что большинство обращающихся за медицинской помощью людей имеют сопутствующие психические симптомы, которые вызывают, усугубляют или укореняют их медицинские проблемы. Если бы пациенты обратились за помощью к традиционной психотерапии, то их состояния, скорее всего, были проигнорированы, что их только бы усугубило;
- 3) страховые выплаты и даже трудоспособность пациентов все больше зависят от клиницистов в области психического здоровья, особенно психотерапевтов, обладающих необходимой подготовкой и компетентностью в новой практической модели.

В данной книге предлагается новая практическая модель, позволяющая решать как физиологические, так и психические проблемы клиентов в сеттингах психического здоровья и интегрированной помощи. Соответствующая этой модели краткосрочная психотерапия состоит из очень ограниченных по времени сеансов, на которых используются фокусированные вмешательства, которые мы называем *сверхкраткосрочными интервенциями*.

Эта глава начинается с рассмотрения опубликованных прогнозов о будущем психотерапевтической практики в сеттингах психического здоровья. Затем мы знакомим читателя с сеттингами интегрированной

помощи как с эффективной практической моделью для клиницистов в области психического здоровья. Поскольку эта модель еще мало известна, мы описываем типичный день из жизни клинициста, работающего в составе команды интегрированной помощи. Затем будет представлена научно обоснованная практика и рассмотрены некоторые этические вопросы. Наконец мы описываем сверхкраткосрочные интервенции и их роль в сеттингах психического здоровья и интегрированной помощи.

## Новая модель практики психотерапии в сеттингах психического здоровья

Были опубликованы несколько исследований о будущем психического здоровья и практики психотерапии, которые предсказывают появление новой модели психической помощи в сеттингах психического здоровья. В этом разделе рассматриваются три набора прогнозов и кратко описана ключевая особенность новой модели — продолжительность сеанса и курса лечения.

Первый набор прогнозов — это прогнозы, основанные на эмпирических данных [14]. Последние три десятилетия, каждые десять лет Норкросс с коллегами проводили опросы по методу Дельфи (*Delphi polls*) о будущих тенденциях в области психотерапии. Наибольшее впечатление производит поразительная точность и конкретность их предсказаний. В 2012 г. Норкросс с коллегами собрали мнения 70 экспертов в области психотерапии, которые спрогнозировали тенденции развития отрасли в следующем десятилетии. Опрос фокусировался на пяти пунктах: теоретические направления, терапевтические интервенции, психотерапевтический бэкграунд, форматы терапии и сценарии развития отрасли [14].

С точки зрения теоретических направлений эксперты предсказали, что больше всего возрастет влияние осознанности, когнитивно-поведенческого, интегративного и мультикультурного подходов, в то время как юнгианская терапия, классический психоанализ и транзактный анализ это влияние потеряют. Данный прогноз уже подтвержден для транзактного анализа в США. Что касается терапевтических интервенций, они предсказывали, что наиболее эффективными будут методы, использующие современные технологии, техники саморазвития,

развития навыков и отношений. С точки зрения психотерапевтического бэкграунда они предвидели, что клиницисты со степенью магистра станут доминирующими поставщиками терапевтических услуг. Что касается форматов терапии, эксперты предсказали бурное развитие онлайн-приложений и терапии по телефону. Прогноз сценариев развития отрасли включал распространение телепсихологии, эмпирически обоснованной практики и психофармакотерапии. Наконец они пришли к выводу, что отвечать за эти тренды будут четыре тенденции: технологии, экономика, эмпирически обоснованная терапия и инновационные идеи и практики [14].

Вкратце вот их общий прогноз будущего психотерапии.

*В 2022 г. мы ожидаем появления краткосрочных сеансов в индивидуальных, групповых и парных программах терапии, которые будут все чаще проводиться специалистами на уровне магистров и включать эмпирически обоснованные методы и взаимодействия; теоретические формулировки и клинические методы будут все больше связаны с когнитивными, интегративными, мультикультурными направлениями и использовать осознанность; постепенно все большее распространение получают Интернет, смартфоны и социальные сети [14, С. 369].*

В том же году Уэйд Сильверман, в то время редактор журнала *Psychotherapy*, предсказал четыре тенденции развития психотерапии. Первую он охарактеризовал как “новое многообразие”. Под этим он имел в виду, что терапия будет определяться уровнями технической оснащенности как поставщиков услуг, так и клиентов, а не их расой, национальностью или сексуальной ориентацией. Вторая тенденция, которую он предвидел, — это все большее использование самих технологий, включая социальные сети и другие онлайн-площадки для коммуникации. Третьей тенденцией он назвал новые формы предоставления медицинских услуг, которые будут эмпирически обоснованными, требовать документации клинических результатов и фокусироваться на поиске эффективного лечения. Четвертая тенденция — развитие рынков потребителей этих услуг, заинтересованных в повышении продуктивности и качества жизни [19].

Тремя годами ранее Томасон [23] определил эмпирически обоснованную практику и экспериментально подтвержденные методы

лечения как главную тенденцию, влияющую на будущее психотерапевтической практики. Он сделал несколько конкретных предсказаний относительно эмпирически обоснованной практики психотерапии. Самым примечательным было то, что пути эмпирически обоснованной практики и эмпирически не обоснованной практики расходятся. В конце концов, возмещаться и покрываться страховкой будет только эмпирически обоснованная практика, в то время как другие — нет. Он также предсказал, что психотерапия станет еще более краткосрочной и интегрированной в первичную медико-санитарную помощь [23].

Общей чертой всех трех наборов прогнозов является то, что практика психотерапии и психологической помощи станет более краткосрочной, эмпирически обоснованной, учитывающей медицинские проблемы клиента и более интегрированной в сеттинги медико-санитарной помощи. Соответственно, данная глава отражает эти три главных прогноза. По сути, вся книга является описанием клинической практики, отвечающей этим прогнозам.

## Продолжительность сеанса и терапии

Коды текущей процедурной терминологии (СРТ) Американской медицинской ассоциации для выставления счетов страховым компаниям, включая *Medicare* и *Medicaid*, за услуги психического здравоохранения вступили в силу 1 января 2013 г. До этого использовался код СРТ 90807 и счета выставались за 50-минутный сеанс психотерапии. Кода для 50-минутного сеанса больше не существует. Вместо него есть код СРТ 90834 для 45-минутного сеанса. Центры *Medicare* и *Medicaid* внесли эти изменения в коды, чтобы они более точно отображали услуги, оказанные клиницистами. Клиницисты опасались, что сокращение продолжительности сеанса снизит эффективность лечения, и страховщики будут использовать это, чтобы оправдать снижение ставок возмещения [11]. Хотя исследования не подтвердили снижения эффективности лечения, компенсация была уменьшена.

Помимо изменений кода СРТ, другие ранее упомянутые факторы способствовали отмене 50-минутного сеанса и интеграции медицинских и психиатрических проблем в сеттингах психического здоровья. Результатом стало появление новой модели психиатрической практики в сеттингах психического здоровья. Наиболее яркими

индикаторами этой модели является сокращение продолжительности курса терапии и одного сеанса. Вместо привычных 12–20 психотерапевтических сеансов в среднем ожидается, что продолжительность курса терапии, будет составлять 4–6 терапевтических взаимодействий. Вместо 50 мин. одного сеанса его продолжительность составит 15–30 мин. Эти изменения были спрогнозированы Николасом Каммингсом [5]. В последние 30 лет Каммингс с коллегами выступали за то, чтобы психотерапевты, как и врачи общей практики, могли за 15 мин. дать оценку, поставить диагноз и начать лечить клиентов [23]. Мы можем также добавить, что сверхкраткосрочные интервенции могут проводиться в течение 10–20 мин.

Такие выводы Каммингса о продолжительности сеанса и курса терапии удивительно схожи с результатами опроса Дельфи. Семьдесят опрошенных экспертов пришли к консенсусу о том, что к 2022 г. терапия уже не будет состоять из неограниченного количества (или пусть даже 20) сеансов. По их мнению, доля краткосрочной терапии (5–12 сеансов) и сверхкраткосрочной терапии (1–3 сеанса) будет увеличиваться, а долгосрочной (более 20 сеансов) — значительно снижаться [14, С. 367]. В табл. 1.1 и 1.2 мы подвели итоги этих прогнозов.

**Таблица 1.1. Продолжительность лечения**

Долгосрочная терапия	Более 20 сеансов
Краткосрочная терапия	5–12 сеансов
Сверхкраткосрочная терапия	1–3 сеанса

**Таблица 1.2. Продолжительность сеанса**

Сеансы стандартной терапии	50 мин.
Краткосрочные сеансы с фокусированными интервенциями	30 мин.
Краткосрочные сеансы со сверхкраткосрочными интервенциями	10–20 мин.

## Оценка результатов и современные технологии

Важным компонентом новой практической модели является включение в нее методов оценки клинических результатов [10]. Перед

клиницистами стоит задача не только оценивать клинические результаты и отслеживать прогресс лечения, но использовать эти данные для корректировки лечения. Связанная с этим проблема состоит в документации и составлении отчетов о таких клинических результатах. Без методов оценивания результатов психотерапия может деградировать до дружеского обмена мнениями между клиницистом и клиентом, что будет дорогостоящим, неэффективным, неуместным и, более того, неэтичным.

Еще одним компонентом новой модели является использование альтернативных форматов оказания услуг психологической помощи в сеттингах психического здоровья — новых технологий. Например, метаанализ нескольких интернет-исследований подтвердил легитимность включения в терапевтическую практику онлайн-интервенций. На самом деле не было обнаружено никакой разницы между интервенциями лицом к лицу и онлайн-интервенциями [3]. Несмотря на эти многообещающие выводы, онлайн-интервенции требуют дальнейшего изучения [4]. Из-за нехватки времени, все возрастающих потребностей клиентов и наличия альтернативных форматов оказания услуг, сверхкраткосрочные интервенции будут неизбежно включены как в традиционные, так и в альтернативные форматы сеттингов психического здоровья и, возможно, сеттингов интегрированной помощи.

## Новая модель психотерапевтической практики в сеттингах интегрированной помощи

Наиболее важным прогнозируемым изменением в практике психического здоровья будет то, что большая ее часть, скорее всего, будет происходить в сеттингах интегрированной первичной медико-санитарной помощи. В них поставщики психологических услуг будут действовать как часть команды, включающей как минимум врача общей практики, медсестру и специалиста по психическому здоровью в роли консультанта поведенческой медицины. Поначалу клиницистам в области психического здоровья может показаться непривычным — быть членом такой команды, но в этом есть свои преимущества. Для некоторых из них основным бонусом будет фокусировка на профилактике заболеваний, а не только на патологии. Для других преимуществом будет то, что практически отпадет необходимость получать разрешение на лечение или

предоставлять обширную документацию службам психического здоровья. Для многих штатная работа в качестве члена команды будет более привлекательна, чем конкуренция с другими специалистами в области психического здоровья из *Health Maintenance Organization* (НМО) за позиции и страховые выплаты. Сравнивая практику в сеттингах психического здоровья с практикой в сеттингах интегрированной медицины, можно сказать, что в последних психотерапевта ожидает меньше бумажной волокиты и меньше стресса, а больше разнообразия и новых знаний, особенно в области общей медицины и заболеваний [13].

Итак, мы начнем обсуждение новой модели интегрированной помощи с растущей потребности в услугах психиатрического здоровья в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Этот раздел начинается со статистики. Далее следует краткий обзор интегрированной помощи и команд медико-санитарной помощи. Затем мы кратко описываем работу консультанта поведенческого здоровья и его обязанности. Наконец на примере типичного рабочего дня одного консультанта проиллюстрируем уникальный способ такой практики.

## Потребность в интегрированной помощи

Данные о расходах на здравоохранение в США говорят о том, что на 5% населения страны приходится почти половина всех средств, выделенных на медицину [12]. Это лица, страдающие такими хроническими заболеваниями, как диабет, гипертония и сердечно-сосудистая недостаточность. К сожалению, многие из них испытывают депрессию и тревогу из-за проблем со своим здоровьем, что усугубляет их состояние и приводит к еще большим расходам на здравоохранение.

Данные говорят о том, что в сеттингах первичной медико-санитарной помощи пациенты испытывают большую потребность в решении проблем в области психического здоровья. Эти данные сведены в табл. 1.3. К счастью, добавление в команду интегрированной медицинской помощи клиницистов в области поведенческого здоровья помогает эффективно решать как психические проблемы пациентов, так и общий поведенческий компонент заболеваний — несоблюдение режима лечения, т.е. отказ от приема лекарств или несоблюдение предписаний относительно изменения образа жизни (например, рекомендаций похудеть, увеличить физические нагрузки или уменьшить потребление соли), что ухудшает или осложняет их состояние.

**Таблица 1.3. Потребность в услугах психического здоровья в сеттингах первичной медико-санитарной помощи<sup>1</sup>**

- У 70% пациентов, обратившихся за первичной медико-санитарной помощью, есть психические проблемы: тревога, паника, депрессия или стресс.
- Около 80% пациентам с необъяснимыми с медицинской точки зрения симптомами психологическую помощь оказывают врачи первичной медико-санитарной помощи.
- Половина всех пациентов, обратившихся за первичной медико-санитарной помощью, имеют хронические заболевания, в которых почти всегда присутствует поведенческий компонент.
- Только 10% пациентов следуют предписанию врача первичной медико-санитарной помощи обратиться к психологическому консультанту, и то, если он находится в том же здании, остальные — нет.
- У 70% пациентов врачи первичной медико-санитарной помощи не могут диагностировать клиническую депрессию.
- 90% пациентов, покончивших с собой, страдали психическими расстройствами.
- 40% пациентов обращались за первичной медицинской помощью за месяц до суицида.

## Команда интегрированной медицинской помощи

Клиницисты первичной медико-санитарной помощи, как правило, являются врачами (аллопатами или остеопатами), а также средним медицинским персоналом с продвинутым уровнем практики. В стандартной модели первичной медико-санитарной помощи лечение проводят клиницисты, а помогают им медсестры и ассистенты. В новой модели первичной медико-санитарной помощи, называемой *интегрированной первичной помощью*, лечение проводится медицинской командой. Эта команда состоит из клиницистов первичной медико-санитарной помощи, среднего медицинского персонала и поведенческого клинициста. Диетолог или нутрициолог также могут быть членами команды.

Целью оказания психологической помощи в учреждениях первичной медико-санитарной помощи является:

- 1) повышение качества медицинского обслуживания пациента, в том числе и получение удовлетворения от него;

<sup>1</sup> Адаптировано из *APA Center for Psychology and Health* (2014).

- 2) улучшение здоровья как можно большего числа людей путем профилактики;
- 3) сокращение расходов на здравоохранение.

Предоставление психологических услуг в сеттингах интегрированной помощи приводит к снижению затрат, главным образом за счет сокращения расходов на скорую помощь и госпитализацию. Поскольку в сеттингах интегрированной помощи у пациентов могут обнаружиться и не диагностированные ранее состояния и проблемы, там они сразу получают необходимые психологические услуги.

## Степени интеграции служб первичной медико-санитарной помощи

Аналитики в области здравоохранения США описывают степени интеграции служб психологической помощи как варьирующиеся от частичной до полной. В основе лежат три базовые модели: координация, совместная локация и полная интеграция. В координированной модели поведенческий консультант является внештатным работником, который трудоустроен в другом месте и сотрудничает с конкретной службой первичной медико-санитарной помощи. В модели совместной локации поведенческий консультант находится в том же здании и предоставляет психологические услуги отдельным пациентам, используя принципы традиционной психотерапевтической практики. В полностью интегрированной модели поведенческий консультант входит в команду первичной медико-санитарной помощи и работает в ней на постоянной основе. Первые две модели также известны как частично интегрированные, в отличие от третьей, которая является полностью интегрированной.

## Обязанности поведенческих консультантов и сверхкраткосрочные интервенции

Поведенческие консультанты играют важную роль в командах интегрированной помощи и эффективно предоставляют широкий спектр услуг с целью раннего выявления проблем и быстрого принятия решений на основе кратких диагностических и функциональных оценок, а также оценки риска. Они регулярно предоставляют пациентам краткосрочные поведенческие и когнитивно-поведенческие интервенции.

Консультанты также отвечают за выявление пациентов с тяжелыми поведенческими проблемами или высокой степенью риска и направляют их в общественные организации либо специализированные психиатрические учреждения. Они также консультируют лечащих врачей и других членов команды. В интегрированных клиниках, как правило, работают не менее двух поведенческих консультантов. Один оказывает первичную краткосрочную психологическую помощь пациентам, в то время как другой проводит прямые консультации с лечащими врачами, членами команды и пациентами, как правило, в психообразовательных группах, а также встречается с членами семей пациентов, чтобы они помогли им придерживаться плана лечения.

В рамках постдипломной программы Атлантического университета Флориды мы обучаем стажеров практиковать *сверхкраткосрочную интегрированную помощь*. Предполагается, что в течение семестра обучающиеся должны освоить или достичь компетентности в 12 сверхкраткосрочных терапевтических интервенциях.

1. Ассертивная коммуникация как способ четкого и уместного выражения своих эмоций, мнений и потребностей.
2. Поведенческая активация как метод прерывания циклов бездействия и избегания и замены их поведенческой активностью. Используется при депрессии и других состояниях избегания.
3. Поведенческий самоанализ как модель анализа ситуаций в понятиях АВС.  
А — antecedent, или активирующее событие, предшествующее поведению В, которое влечет за собой следствие, или эффект, С.
4. Контролируемое дыхание как метод замедления дыхания и восстановления регулируемых дыхательных ритмов с целью уменьшения связанных со стрессом симптомов.
5. Эмоциональная первая помощь как метод лечения эмоциональных травм в момент их возникновения, без непосредственной помощи специалиста в области психического здоровья.
6. Изменение привычки как метод уменьшения тиков, заикания, выдергивания волос и ковыряния кожи с помощью конкурирующей реакции, которая подавляет нежелательное поведение.

7. Осознанность как метод фокусирования внимания на настоящем моменте без оценивания, чтобы уменьшить стресс, беспокойство, симптомы настроения и неосознанные действия.
8. Мотивационное интервью как метод избавления от амбивалентных чувств и неуверенности, помогающий найти внутреннюю мотивацию, необходимую для изменения поведения.
9. Самомониторинг — метод учета своего поведения как основы для его изменения или регуляции.
10. Стимульный контроль как метод выявления факторов (стимулов), предшествующих поведению, которое необходимо изменить, а затем принятие мер для изменения самих факторов, чтобы прийти к желаемому результату.
11. Стратегии, повышающие приверженность лечению, включающие мотивационное интервьюирование, самомониторинг и поведенческий самоанализ.
12. Остановка мыслей как способ прервать тревожные мысли и руминации и заменить их другими.

## Один день из жизни клинициста в области психического здоровья в сеттинге интегрированной помощи

Джулия — выпускница магистерской программы по клиническому психологическому консультированию, в рамках которой она прошла стажировку с супервизией в сеттинге интегрированной помощи. В прошлом году Джулия получила лицензию и начала работу поведенческим консультантом в полностью интегрированной клинике первичной медико-санитарной помощи. Ее клиенты — взрослые пациенты, многие из которых страдают одним или несколькими хроническими заболеваниями. Она единственный поведенческий консультант в клинике и оказывает как непосредственно психотерапевтические услуги, так и консультирование. Джулия считает свою работу трудной, но благодарной. Вот как проходит ее обычный день в клинике, где она консультирует пациентов и проводит сверхкраткосрочные интервенции.

## *Утро*

День начинается с совещания. Члены команды собираются за круглым столом и просматривают график приема пациентов, особое внимание уделяют тем, кто входит в группу риска. После этого Джулия как поведенческий клиницист проводит два запланированных приема. Ее первый пациент — 67-летний женатый мужчина с хроническим диагнозом: обструктивная болезнь легких и депрессия. Джулия проверяет результаты поведенческой активации — сверхкраткосрочной интервенции, которую она проводила с ним на последнем сеансе, и обсуждает его уровень активности за последнюю неделю. Второй посетитель — новая пациентка, 44-летняя разведенная женщина с сердечной аритмией и симптомами паники, которую Джулия принимает вместе с ее лечащим врачом. Она учит ее контролировать дыхание, чтобы лучше справляться с тревогой. После этого одна из медсестер просит Джулию проконсультировать пациента с гипертонической болезнью по вопросу соблюдения графика приема лекарств и диеты. Затем лечащий врач передает ей “из рук в руки” пациента — 51-летнего мужчину с диабетом, который постоянно руминирует о слепоте как возможном осложнении его болезни. Джулия проводит краткую диагностическую оценку, учит пациента остановке мыслей, а затем назначает ему курс краткосрочной терапии, который начнется через три дня. Далее она проводит 30-минутный сеанс терапии с пациентом, страдающим от тяжелой боли в области шеи, бессонницы и симптомов посттравматического стресса после дорожно-транспортного происшествия, произошедшего два месяца назад. Хотя Джулия добилась с ним определенного прогресса, она решает обсудить в среду на групповом совещании возможность направления его на специальный курс психотерапии. Прямо перед обеденным перерывом она обсуждает на ходу (короткая встреча в холле) с лечащим врачом вопрос диагностики.

## *После полудня*

В 13:30 у Джулии запланирована встреча с пациентом, страдающим кардиологическими проблемами и умеренными тревожными симптомами. Это их пятая встреча. Джулия находит, что после курса сверхкраткосрочной терапии благодаря успешному использованию метода

стимульного контроля и асертивной коммуникации у пациента почти не осталось симптомов. После этого она передает пациента для краткой диагностики и оценки риска его лечащему врачу. Как поведенческий консультант, Джулия вместе с врачом принимает еще двух запланированных на этот день пациентов. Ее последняя в списке консультация проходит с медсестрой-практиканткой, которая просит помочь ей с пациентом, страдающим хроническим легочным заболеванием, не выполняющим предписаний приема лекарств и не посещающим физиотерапию. С помощью мотивационного интервью Джулия обсуждает с ним, как добиться больших изменений. После приема Джулия с медсестрой намечают план последующих действий.

## Эмпирически обоснованная практика в области психического здоровья и интегрированной помощи

Заявленной целью практически всех постдипломных программ в области психического здоровья является то, чтобы их выпускники согласовывали клинические решения с эмпирическими исследованиями. К сожалению, лишь немногие из них могут утверждать, что достигли своей цели. Проблема состоит в том, что хотя многие программы включают один или несколько исследовательских курсов, аспирантов редко обучают тому, как использовать исследования в клинической практике. Курсы по статистике и методам исследований — необходимая предпосылка для клинической практики, однако этого недостаточно, чтобы ситуация изменилась. Чтобы использовать исследования в качестве основы для принятия клинических решений, нужна специальная подготовка по важным навыкам критического мышления, т.е. необходимо уметь эффективно встраивать исследования в клиническую практику. Кульминацией разработок последних двух десятилетий стало то, что называется *эмпирически обоснованной практикой*. Данный раздел сфокусирован на эмпирически обоснованных методах лечения и эмпирически обоснованной практике, которые являются ключевыми характеристиками новой практической модели.

По сути, эмпирически обоснованная практика представляет собой интеграцию трех элементов:

- 1) интервенций с высокой доказательной базой, т.е. опирающихся на поддержку исследований;

- 2) индивидуализированных интервенций, соответствующих потребностям, ожиданиям и ценностям клиента;
- 3) интервенций, профессионально планируемых и осуществляемых квалифицированным клиницистом.

Когда эти три элемента присутствуют, клинические решения и практика основываются на эмпирических данных [22].

Эмпирически обоснованная практика была введена Сакеттом и коллегами в 1996 г. [17], получила официальное определение Института медицины (*ИОМ*) в 2001 г. и была принята Американской психологической ассоциацией в 2006 г.

Основная цель эмпирически обоснованной практики — обеспечить наиболее эффективное индивидуализированное лечение, которое будет одновременно действенным и измеримым, т.е. поддающимся оцениванию и отчетности. Следует отметить, что часто эмпирически обоснованные методы лечения путают с эмпирически обоснованной практикой. Хотя эмпирически обоснованные методы опираются на определенную или значительную исследовательскую базу, в отличие от эмпирически обоснованной практики, они не индивидуализированы для конкретного клиента и не всегда профессионально применяются клиницистом.

Поскольку Американская психологическая ассоциация всячески продвигает списки эмпирически обоснованных методов лечения, некоторые клиницисты ошибочно полагают, что понятие “обоснования” в эмпирически обоснованной практике требует использования таких подтвержденных эмпирическими данными методов. Это никогда не входило в намерения основателей эмпирически обоснованной практики [17]. По сути, они разделяли два вида обоснований: *внешние обоснования*, т.е. качественные эмпирические исследования, и *внутренние обоснования*, или клиническая экспертиза, которая включает сбор информации у клиентов или пар клиентов, а затем адаптацию внешних обоснований к конкретному клиенту или паре. Таким образом, можно выбрать эмпирически обоснованный метод лечения, но “этической ответственностью всех клиницистов, независимо от их теоретической ориентации, является при назначении лечебных рекомендаций руководствоваться последними эмпирическими данными с учетом своей компетенции, опыта и ограничений” [20].

Действительно ли этика является компонентом эмпирически обоснованной практики? На самом деле между эмпирически обоснованной практикой и профессиональной этикой существует неразрывная связь. Для многих клиницистов профессиональная этика означает обеспечение конфиденциальности, получение осознанного согласия и избегание конфликта интересов. Однако важно, чтобы эти соображения были вторичными по отношению к главным этическим ценностям: принесение пользы и непричинение вреда, которые являются самыми важными условиями при принятии решений в клинической практике. Соответственно, этически сложные клинические решения должны приниматься, исходя из того, является ли лечение безопасным, эффективным и целесообразным для конкретного человека с его конкретной проблемой или потребностью [21].

Исторически так сложилось, что клиницисты принимают терапевтические решения, основываясь на своей теоретической ориентации и опыте, а не на эмпирических данных о том, что назначаемое ими лечение будет безопасным, эффективным и целесообразным. Это начало меняться с начала 1990-х гг. в связи с появлением эмпирически обоснованной практики [9]. Как уже было сказано, эмпирически обоснованная практика является процессом исследования, цель которого — помочь клиницистам и их клиентам в принятии важных терапевтических решений. Это процесс, в ходе которого клиницисты решают, какие интервенции надо применять с учетом данных научных исследований, своего клинического опыта и знаний, а также предпочтений и ценностей клиентов, профессиональной этики, ситуационных обстоятельств и имеющихся ресурсов [7].

Сегодня лишь ограниченное число терапевтических подходов поддерживаются эмпирическими исследованиями. Одним из практических следствий этого будет то, что некоторые из них потеряют право на возмещение расходов третьей стороной, учитывая растущий спрос на использование эмпирически обоснованных интервенций. Другое следствие заключается в том, что лишь немногие из этих подходов могут привести достаточное количество внешних обоснований, оправдывающих их включение в процесс принятия клинических решений.

Несмотря на растущие ожидания плательщиков в отношении эмпирически обоснованной практики, у некоторых практикующих клиницистов сохраняется антиэмпирический уклон и антипатия к такому

рода практике [8]. К счастью, появляется новое поколение практикующих психотерапевтов, которые стремятся к эмпирически обоснованным терапевтическим интервенциям. Они чаще, чем когда-либо ранее, задаются вопросом: “Что исследования говорят об этом терапевтическом подходе или интервенции в решении проблемы X? Они исходят из того, что все их действия должны иметь эмпирическое обоснование” [22, С. 206]. Кроме того, практикующие клиницисты “чувствуют большую мотивацию изучать эмпирически обоснованную практику, если навыки такой практики помогают им в работе с клиентами” [22, С. 236].

Независимо от того, являются клиницисты опытными или начинающими, добиваться успеха в сеттингах психического здоровья или интегрированной помощи им помогают эмпирически обоснованная практика и сверхкраткосрочные интервенции.

## Сверхкраткосрочные интервенции в области психического здоровья и интегрированной помощи

Независимо от того что психотерапевты думают о проблеме клиента или как концептуализируют случай, они нуждаются в новом наборе эффективных интервенций или методов, которые можно быстро и эффективно применять для снижения конкретных симптомов. Такими методами являются сверхкраткосрочные интервенции. Эти интервенции включают специальные когнитивные и поведенческие методы, которые можно использовать в очень коротких, т.е. сверхкоротких, временных интервалах — в течение 10–20 мин. К ним относятся поведенческая активация, экспозиция, переобучение дыханию, когнитивная реструктуризация и многое другое. Глава 2 содержит подробные инструкции к этим 20 интервенциям. Таким сверхкраткосрочным интервенциям уже успешно обучают в рамках отдельных университетских программ подготовки студентов и стажеров в области психического здоровья с целью применения их как в сфере психотерапии, так и в сеттингах интегрированной помощи.

В профессиональной литературе различают понятия “сверхкраткосрочные протоколы лечения” и “сверхкраткосрочные интервенции”. Понятие “сверхкраткосрочные протоколы лечения” [16] относится к количеству сеансов терапии, которое мы называем *продолжительностью курса терапии*. Сверхкраткосрочные протоколы составляют пять

сеансов, в отличие от традиционных услуг психотерапии, например когнитивно-поведенческой терапии, которые могут варьироваться от 12 до 20 сеансов [15]. В сеттингах первичной медико-санитарной помощи краткосрочная терапия часто занимает всего 6–8 индивидуальных или групповых сеансов вместо 16–18 принятых. Следует отметить, что такая краткосрочная терапия лучше подходит для сеттингов первичной медико-санитарной помощи и лучше воспринимается пациентами [18]. В отличие от сверхкраткосрочных протоколов, понятие “сверхкраткосрочные интервенции” относится к очень коротким по времени (10–20 мин. и менее) интервенциям в рамках конкретного сеанса.

Большинство описанных в этой книге сверхкраткосрочных интервенций основываются на поведенческой терапии или КПТ. Некоторые из них уходят корнями в когнитивную терапию, адлерианскую терапию или другие подходы. Каково бы ни было их происхождение, эти интервенции могут быть легко инкорпорированы в клиническую практику клинициста любого теоретического направления, независимо от того, проводит он долгосрочную или сверхкраткосрочную терапию.

## Резюме

Эта глава начиналась с прогнозов о будущем практики психического здоровья и описания новой практической модели. Затем мы показали применение этой модели в сеттингах двух видов, для которых хорошо подходят сверхкраткосрочные интервенции. Для достижения эффективных результатов эти интервенции могут легко применяться клиницистами любого теоретического направления как в специализированных психотерапевтических сеттингах, где количество сеансов и временные рамки ограничены, так и в сеттингах первичной медико-санитарной помощи.

Следующие главы части I включают:

- главу 2, иллюстрирующую применение 20 ключевых сверхкраткосрочных интервенций;
- главу 3, содержащую обзор процесса оценивания в новой практической модели, включая оценку паттерна личности, диагностическую и функциональную оценку;

- главу 4, в которой описана паттерн-фокусирующая терапия — подход, отвечающий новой практической модели и потребности в более коротких по времени сеансах краткосрочной и сверхкраткосрочной терапии. Этот подход обеспечивает эффективный терапевтический контекст для сверхкраткосрочных интервенций.

## Источники

1. American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology: APA presidential task force on evidence-based practice. *American Psychologist*, 61(4), 271–285.
2. APA Center for Psychology and Health (2014). *Briefing Series on the Role of Psychology in Health Care: Primary Care*. January. Retrieved from [www.apa.org/health/briefs/primary-care.pdf](http://www.apa.org/health/briefs/primary-care.pdf).
3. Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N.A. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2–4), 109–160.
4. Cottone, R. (2015). The end of counseling as we know it. *Counseling Today*, 57(10), 49–53.
5. Cummings, N.A., & O'Donahue, W.T. (2008). *Eleven blunders that cripple psychotherapy in America*. New York, NY: Routledge.
6. Curtis, R., & Christian, E. (2012). *Integrated care: Applying theory to practice*. New York, NY: Routledge.
7. Gambrill, E. (2011). Evidence-based practice and the ethics of discretion. *Journal of Social Work*, 11(1), 26–48.
8. Lilienfeld, S.O., Ritschel, L.A., Lynn, S.J., Cautin, R.L., & Lutzman, R.D. (2013). Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: Root causes and constructive remedies. *Clinical Psychology Review*, 33, 883–900.
9. Margolin, G., Shapiro, L.S., & Miller, K. (2015). Ethics in couple and family psychotherapy. In J. Sadler, B. Fulford, & C. Van Staden (Ed.), *Oxford handbook of psychiatric ethics, Vol. 2*. (pp. 1306–1314). New York, NY: Oxford University Press.
10. Meier, S. (2015). *Incorporating progress monitoring and outcome measures into counseling and psychotherapy: A primer*. New York, NY: Oxford.

11. Miller, D. (2012). The end of the 50-minute hour?: Will the new CPT codes change mental health practices? *Psychology Today*. December 2, 2012. Retrieved from [www.psychologytoday.com/us/blog/shrink-rap-today/201212/the-end-the-50-minute-hour](http://www.psychologytoday.com/us/blog/shrink-rap-today/201212/the-end-the-50-minute-hour).
12. National Institute for Health Care Management Research and Educational Foundation (2012 July). *The Concentration of Health Care Spending NIHCM Foundation Data Brief*. Retrieved from [www.nihcm.org/pdf/DataBrief3%20Final.pdf](http://www.nihcm.org/pdf/DataBrief3%20Final.pdf).
13. Noonan, D. (2018). Integrated care: Perspectives from a behavioral health consultant. *Psychiatric News*, 53(15). <https://doi.org/10.1176/appi.pn.2018.8b11>.
14. Norcross, J.C., Pfund, R.A., & Prochaska, J.O. (2013). Psychotherapy in 2022: A Delphi poll on its future. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(5), 363–370.
15. Otto, M., Tolin, D.F., Nations, K.R., Utschig, A.C., Rothbaum, B.O., Hofmann, S.G., & Smits, J.A. (2012). Five sessions and counting: Considering ultra-brief treatment for panic disorder. *Depression and Anxiety*, 29(6), 465–470. *Ultra-Brief Interventions in Mental Health*.
16. Otto, W., & Hofmann, S.G. (2010). *Avoiding treatment failures in the anxiety disorders*. New York, NY: Springer.
17. Sackett, D., Richardson, W., Rosenberg, W., Haynes, R., & Brian, S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312. 71-72.
18. Schene, A.H., Baas, K.D., Koeter, M., Lucassen, P., Bockting, C.L.H., Wittkampf, K. F. ... & Huyser, J. (2014). Brief cognitive behavioural therapy compared to optimised general practitioners? Care for depression: A randomised trial. *Journal of Depression and Anxiety*, S2(1), 1–9. doi:10.4172/2167-1044.S2-001.
19. Silverman, W.H. (2013). The future of psychotherapy: One editor's perspective. *Psychotherapy*, 50(4), 484–489.
20. Sookman, D. (2015). Ethical practice of cognitive behavior therapy. In J. Sadler, B. Fulford, & C. Van Staden (Ed.), *Oxford handbook of psychiatric ethics*, Vol. 2. (pp. 1293–1305). New York, NY: Oxford University Press.

21. Sperry, L. (2018). Mindfulness, soulfulness, and spiritual development in spiritually oriented psychotherapy. *Spirituality in Clinical Practice*, 5(4), 225–230.
22. Williams, L., Patterson, J., & Edwards, T.M. (2014). *Clinician's guide to research methods in family therapy: Foundations of evidence-based practice*. New York, NY: Guilford.
23. Thomason, T.C. (2010). The trend toward evidence-based practice and the future of psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 64(1), 29–38.