

Оцінка амбулаторного лікування за допомогою Кататимно-імагінативної психотерапії (КІП) Натуралістичне дослідження

U. Sachsse¹ ; B. H. Imruck² ; U. Bahrke³

Ключові слова:

Результати натуралістичного дослідження, Кататимно-імагінативна психотерапія (КІП), глибинно-психологічна (психодинамічна) психотерапія

Резюме

У представленому натуралістичному дослідженні, яке аналізує застосування в амбулаторній психотерапії Федеративної Республіки Німеччини Кататимно-імагінативної психотерапії (КІП) як особливого методу глибинно-психологічної (психодинамічної) психотерапії, як і в попередніх дослідженнях, підтверджується висновок, що КІП є дієвим і високоефективним методом у наступних випадках: при загальних психічних розладах (відповідно до загального значення шкали SCL-90-R), при виникненні проблем у стосунках з іншими людьми (загальне значення ІІР-С), а також при центральних симптомах депресії (ADS), тривоги (STAI) і соматизованих розладах. Оцінка ефекту всіх покращень у цьому дослідженні є високою і лежить у верхній третині того, що вважається актуальним для психотерапії загалом і глибинно-психологічної психотерапії зокрема. Після закінчення терапії результати залишаються стабільними.

Ханскарл Льюнер (Hanscarl Leuner) почав розвивати Кататимно-імагінативну психотерапію (КІП) (2, 9, 20) з 1953 року, тобто у той час, коли психоаналіз у Німеччині після вигнання поступово ставав рекомендованою психотерапією. Скепсис, що супроводжує кожний новий терапевтичний метод, спонукав Льюнера підтвердити ефективність КІП дослідженнями – у першу чергу, як короткотривалої терапії. Ці результати суттєво сприяли тому, що КІП як «особливий метод глибинно-психологічної психотерапії» увійшла до складу основних напрямків психотерапії у Німеччині (18) і була прийнята в інших європейських країнах, наприклад, у Австрії і Швейцарії. Крім того, важливою для дослідження і обговорення ефективності КІП є терапія психосоматичних пацієнтів. Ефективність КІП була перевірена для випадків виразкового коліту, психогенних сексуальних розладів, булімії і Anorexia nervosa (нервової анорексії) (22).

Подальші дослідження ефективності КІП в амбулаторній психотерапії проводилися під керівництвом Вільке (Wilke) і Вітерсгайма (Wietersheim) (21). 67 пацієнтів, переважно жінки, здебільшого, з депресивною симптоматикою проходили психологічне обстеження на початку лікування, через 25 сеансів, через 50 сеансів і через 18 місяців після закінчення терапії. З числа обстежених пацієнтів третина закінчила терапію до 50-го

¹ Робоче товариство Кататимного переживання образів та імагінативних методів у психотерапії (AGKB), Геттінген

² Практичний психолог-психотерапевт, Грос-Геруау

³ Інститут Зігмунда Фрейда, Франкфурт

сеансу, як це було передбачено плануванням досліджень; у решти пацієнтів терапія тривала суттєво довше. Імагінації проводилися в середньому кожного 3-4-го сеансу. Всі використані опитувальники (Список скарг, Шкала настрою, Опитувальник депресивних і тривожних станів, Фрайбурзький особистісний опитувальник) продемонстрували значний ефект переходу пацієнтів із зони патології в нормальну зону, який продовжував зростати у період між закінченням терапії і збором катамнезу через рік.

Методи і організація досліджень

Друге дослідження з оцінки ефективності амбулаторного лікування з застосуванням КІП проводилося з 2001 року по 2009 рік⁴. Як продовження попереднього, це дослідження було спрямоване на специфічні розлади і охоплювало три основні діагностичні групи амбулаторної психотерапії для дорослих: афективні розлади F3, тривожні розлади, а також дисоціативні, конверсійні і соматоформні розлади F4. У цільовому дослідженні налічувалося 90 пацієнтів – по 30-40 суб'єктів у діагностичній групі, але його стало неможливо реалізувати через відсутність фінансування досліджень і центру опрацювання даних.

Досліджувалися 25 амбулаторних випадків лікування глибинно-психологічних розладів тривалістю від 25 до 120 сеансів, які, як правило, відбувалися з частотою в середньому одна година на тиждень. Критерієм, який враховувався, було проведення імагінацій за методом КІП у середньому хоча один раз на 4 сеанси. Віковий діапазон пацієнтів – від 18 до 65 років. Не включалися пацієнти з важкими психічними розладами чи такі, чия симптоматика не підпадала під діагнози вищевказаних груп.

Під час досліджень Wilke і Wietersheim (21) у рамках амбулаторного глибинно-психологічного лікування виявилось, що тоді організація контролю очікування (пацієнтами лікування⁵) була неможлива. У представленому далі дослідженні всі пацієнти повинні були чекати хоча б 3 місяці після пробних сеансів (tA) – аж до початку терапії (tB), щоб виключити спонтанну ремісію симптоматики. До дослідження було залучено 15 спеціалістів – ліцензованих психотерапевтів – з медичною і психологічною освітою, з досвідом роботи за методом КІП – в статусі навчаючих психотерапевтів і доцентів КІП.

Всього були визначені 6 контрольних часових точок:

- tA – для оцінки початкової ситуації,
- tB – для початку терапії – щонайменше через 3 місяці після tA ,
- tZ2 – для проміжного обстеження після 25 сеансів – з подальшим продовженням терапії,
- tZ3 – для проміжного обстеження після 50 сеансів – з подальшим продовженням терапії,
- tE – для підведення підсумків в кінці терапії,
- tK – для обстеження – збору катамнезу через 6 місяців.

Методи вимірювання результатів

⁴ Комісія з питань етики медичного факультету університету ім. Мартіна Лютера (м.Галле-Віттемберг) листом від 20.04.2001 підтвердила, що не має жодних сумнівів щодо проведення дослідження.

⁵ Уточнення перекладача, – див. далі.

Окрім відомостей про соціально-демографічні дані, пацієнти відповідали на питання стандартизованих опитувальників для виявлення їхніх симптомів та їх можливих змін:

- контрольний перелік симптомів за Derogatis SCL-90-R (5) – для суб'єктивної оцінки порушень, визначених через фізичні і психічні симптоми, що мали місце минулого тижня, який пацієнти заповнювали на кожний контрольний момент;
- шкала для опису міжособистісних проблем у скороченій німецькій версії IPP-C (8) пацієнти заповнювали на моменти tA, tE і tK; за допомогою IPP-C можна виявити проблеми у стосунках з іншими людьми;
- крім того, на моменти початку терапії tB, закінчення терапії tE та збору катанезу tK додатково опрацьовувалася Торонтська алекситимічна шкала (Toronto-Alexithymie -26 - TAS 26) (11). Крім можливості визначити загальний показник алекситимії, TAS 26 містить висловлювання про «труднощі в ідентифікації почуттів», «труднощі в описуванні почуттів» та «екстернально (зовнішньо) орієнтований спосіб мислення» пацієнтів.

Додатково пацієнти отримували ще анкету з питаннями щодо їхніх специфічних розладів. Депресивні пацієнти у всі визначені моменти дослідження заповнювали Загальну шкалу депресії ADS (7), пацієнти з тривожними розладами – Шкалу інвентаризації тривоги STAI (12).

Результати

Для оцінювання процесу досліджень були доступні результати 25 випадків. З метою проведення оцінювання було замінено пропущені значення пунктів, за умови, що в цілому не більше 10% елементів залишилися без відповіді. Оскільки анкетування, пов'язані зі специфічними розладами, були запропоновані лише тим пацієнтам, які страждали на такі розлади, обсяги вибірок для оцінювання відповідних показників були різними у випадку ADS (n = 16) і STAI (n = 6).

В описовій статистиці анкетних даних відсутні відповіді на деякі питання одного чи кількох опитуваних. Якщо це так, у таких випадках далі в дужках є окрема вказівка. В усіх інших випадках зазначені відсотки постійно стосуються загальної кількості учасників – 25 осіб. 84% пацієнтів, за якими велось спостереження, були жінками. 48% учасників дослідження були неодруженими, 36% – одруженими і 48% на час лікування мали хоча б одну дитину (n = 22). Частина тих, хто закінчує вищі навчальні заклади – 36% – була найбільшою в плані досягнення професійного статусу, далі йшли ті, хто закінчив навчання (28%) та здали екзамен на магістра (16%). Більшість пацієнтів були простими службовцями (48%), ще 12% – домогосподарки. Безробітними чи такими, що передчасно вийшли на пенсію (n = 24) були, відповідно, 8% учасників досліджень.

Тривалість лікування варіювала від 8 до 54 місяців – з числом сеансів від 25 до 100 годин. У 64% учасників скарги, з якими вони звернулися до лікаря, існували вже більше 10 років. Під час опитування пацієнтів на початку лікування щодо проблем, від яких вони найбільше страждають, 32% пацієнтів (8 із 25 осіб, n = 25) відповіли, що на даний час вони страждають від виснаження, депресії і тривоги, а 16% першочерговими вважали свої фізичні недуги або скаржилися на труднощі, пов'язані з їхніми близькими.

Афективні розлади у цьому дослідженні склали більшу частку (60%) скарг, йдучи за тривожними розладами (32%) і незначними соматоформними чи конверсійними розладами (8%).

Понад 54% пацієнтів одержали від терапевта два діагнози, 20% – навіть три.

Коморбідність з розладами особистості спостерігалася у 12% випадків (n = 3).

Для статистичного аналізу даних було застосовано програму SPSS для Windows. Через невеликий обсяг вибірки, а також через те, що розподіл даних не відповідав нормальному розподілу, використовувався тест Вілкоксона – як непараметричний метод. Одержані результати відображені у таблиці 1. Параметри окремих змін визначали за допомогою показника інтенсивності ефекту (ES) d (4): у той час, як інтенсивність ефекту з показником від 0,8 і вище оцінюється як сильна чи висока, то при її значенні від 0,5 і вище говорять про середній чи помірний, а при значенні від 0,2 – про малий ефект. Результати тесту Вілкоксона та інтенсивності ефекту для шкал SCL-90-R, ІП-С, ADS і STAI базуються на порівнянні tA та tE, для TAS 26 – на порівнянні tB і tE, оскільки на початок досліджень ще не було німецької версії TAS 26, і тільки на момент вимірювання tB шкала могла бути **рівномірно** доступною. До застосованих анкет для оцінки широкого спектру психологічних проблем та симптомів психопатології (SCL-90-R, ІП-С та TAS 26) постійно додавалися до розрахунку дані тих 25 учасників дослідження, для яких показники досліджень вносилися незалежно від контрольних моментів часу. У випадку дослідження специфічних розладів (ADS і STAI) значно скоротився обсяг даних, які можна було оцінити і для яких були виконані всі умови організації дослідження, оскільки n = 16 для ADS і n = 6 для STAI, що слід враховувати при інтерпретації результатів.

Загальна шкала застосованих контрольних методів демонструє високу ефективність у позиціях SCL-90R, ІП-С, ADS і STAI. Хоча порівняння контрольних моментів tA і tE для TAS 26 з вищевказаних причин було неможливо здійснити, при порівнянні результатів на початку терапії і наприкінці лікування помітно значний ефект за шкалою TAS 1, яка репрезентує труднощі в ідентифікації почуттів.

Таблиця 1.

SCL-90-R (Контрольний список симптомів для виявлення суб'єктивно сприйнятих порушень через фізичні і психічні симптоми цих порушень), GSI (основні психічні розлади), ІП (міжособистісні проблеми), TAS 26 (шкала Toronto-Alexithymie -26), TAS 1 (Труднощі в ідентифікації почуттів), TAS 2 (Труднощі в описуванні почуттів), TAS 3 (екстернально орієнтований спосіб мислення), STAI (Шкала інвентаризації тривоги), STATE (ситуативна тривога), TRAIT (особистісна тривожність), N(обсяг вибірки), tA (контрольний момент часу для оцінки початкової ситуації), tB (контрольний момент для початку терапії – щонайменше через 3 місяці після tA), tE (контрольний момент часу в кінці терапії), tK (контрольний момент для обстеження – збору катамнезу через 6 місяців); тест Вілкоксона і визначення інтенсивності ефекту (Cohen's Alpha⁶) базуються на порівнянні tA та tB (за винятком TAS).

| | N | | tA | tB | tE | tK | Тест Вілкоксона | Інтенсивність ефекту |
|----------|----|-----|------|------|------|------|-----------------|----------------------|
| SCL-90-R | 25 | GSI | 1,11 | 0,99 | 0,47 | 0,56 | 0,000 | 1,41 |

⁶ Альфа Кронбаха (прим. перекладача).

| | | | | | | | | |
|--------|----|--------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| PP-C | 25 | Всього | 1,73 | | 1,30 | 1,24 | 0,000 | 0,81 |
| TAS 26 | 25 | Всього | | 0,36 | 0,18 | | 0,054 | 0,37 |
| | | TAS 1 | | 2,72 | 2,20 | | 0,002 | 0,66 |
| | | TAS 2 | | 1,74 | 1,50 | | 0,168 | 0,29 |
| | | TAS 3 | | -3,38 | -3,16 | | 0,061 | 0,33 |
| ADS | 16 | Сума | 21,63 | 23,75 | 14,56 | 14,88 | 0,009 | 1,10 |
| STAI | 6 | STATE | 46,33 | 48,15 | 36,00 | 42,83 | 0,043 | 1,00 |
| | | TRAIT | 55,87 | 56,19 | 43,65 | 46,03 | 0,009 | 1,31 |

Результати дослідження загальнопоширених розладів

Загальний психічний стрес

Загальний психічний стрес, відповідно до загального значення шкали GSI з SCL-90-R, суттєво зменшився між вихідним параметром (tA) та параметром у кінці лікування. Хоча значення GSI на контрольний початковий момент часу tA становило 1,11, його значення постійно зменшувалося до 0,47 на кінцевий контрольний момент вимірювання tE. Між закінченням лікування (tE = 0,47) та збором катамнезу (tK = 0,56) значення GSI трохи погіршилося на 0,09, але несуттєво. Загалом, тут виявляється найбільш вражаюча інтенсивність ефекту дослідження ($p = 0,000$; ES 1,41).

Міжособистісні проблеми

За допомогою PP-C можна було зафіксувати проблеми пацієнтів у стосунках з іншими людьми. Якщо для порівняння береться загальна величина PP-C, тут також відзначаються суттєві зміни між контрольними моментами вимірювання tA = 1,73 і tE = 1,30 ($p = 0,000$; ES 0,81). У подальшому перебігу стан пацієнтів навіть трохи покращився ще на 0,06 бали на контрольний час tK, але незначно.

Покращений доступ до емоцій

Серед окремих шкал TAS 26 впадає у очі деяке зменшення показника шкали TAS 1 ($p=0,002$), яке з показником інтенсивності ефекту 0,66 можна вважати помірним. Шкала TAS 1 демонструє труднощі пацієнтів в ідентифікації почуттів. У той час, як шкали TAS 2 (труднощі у висловленні почуттів) та TAS 3 (екстернально орієнтований спосіб мислення) демонструють тільки незначні покращення, пацієнти, здається, значно краще проявляють емоції в кінці лікування.

Результати дослідження специфічних розладів

Ремісія депресії

З 16 пацієнтів, у яких першим діагнозом був «афективний розлад» їхні дані стосовно депресії (ADS) були доступні протягом усього періоду дослідження. На підставі загального значення ADS у цій групі пацієнтів з афективними розладами спостерігається значне зниження депресії ($p = 0,009$, $ES = 1,10$).

Зменшення ситуативної тривоги та особистісної тривожності.

Для шести пацієнтів, у яких перший діагноз було встановлено як тривожний розлад, незважаючи на невелику вибірку, спостерігається значне покращення ситуативної тривоги (State: $p=0,043$; $ES 1,00$) та особистісної тривожності (Trait: $p=0,009$; $ES = 1,31$).

Обговорення

Те, що англійською називається Randomized Controlled Trials рандомізовані контрольні дослідження (RCTs), в рамках лікувальної практики часто є натуралістичними клінічними дослідженнями (13, 16). Натуралістичні дослідження краще відображають результати практики та її ефективність, тому що меншою мірою звужують коло пацієнтів, дозволяють адекватніше формувати критерії для діагностики і враховувати різні за тривалістю періоди лікування. Таким чином, ці дослідження є ближчими до повсякденної реальності психотерапії, ніж RCTs, котрі більше стосуються досліджень, що проводяться в лабораторних умовах.

Останнім часом з'являється все більше досліджень, наближених до практики. Найвідомішими є, без сумніву, дослідження спеціалістів медичного страхування і лікарняної каси (23) і дослідження **КВВ** щодо актуального забезпечення населення психотерапевтичною допомогою (17). Крім того, з'являються польові дослідження ефективності амбулаторної глибоко-психологічної, а також психоаналітичної психотерапії (1,3,6). На розвиток професійної політики в галузі психотерапії такі дослідження впливають подібно до RCTs, при тому, що вони більш реально відображають достатність забезпечення пацієнтів психотерапевтичним лікуванням. Ось тут якраз і знаходиться місце для нашого дослідження. Воно відображає ефективність КПІ у повсякденній практиці основних напрямків психотерапії Федеративної Республіки Німеччини. Результати дослідження з великою ефективністю підтверджуються значним зменшенням загальних психічних розладів (SCL-90R, загальне значення), зменшенням кількості міжособистісних проблем у пацієнтів (загальне значення ІП), меншою кількістю труднощів у ідентифікації почуттів, зменшенням депресивних переживань (ADS, загальне значення), зменшенням ситуативної тривоги (значення STAI State), а також зменшенням особистісної тривожності (значення STAI Trait).

Що стосується покращення доступу до емоцій, то можна сказати, на підставі даних, що, хоча спостерігається значне покращення здатності пацієнтів ідентифікувати почуття (TAS 1) завдяки проведенню амбулаторної глибоко-психологічної психотерапії при регулярному використанні КПІ, але поки не зафіксовано відчутного прогресу у їх здатності проявляти емоції назовні. Цей результат нас здивував, оскільки він не відповідав клінічному досвіду і результатам кваліфікованих досліджень КПІ (19). Результати безперервного покращення значень окремих вимірюваних параметрів між

кінцем терапії і катamnестичним обстеженням через 6 місяців попереднього дослідження не були зафіксовані. Тільки в ІР-С, вимірюваному загальною шкалою, міжособистісні труднощі зменшувалися і після завершення терапії. Проте, і покращення, і погіршення на шкалах параметрів не є значущими у період між закінченням лікування та катamnестичним обстеженням. Покращення у кінці терапії залишалися стабільними. Під час цієї нової спроби провести польове дослідження, щоб довести ефективність амбулаторного лікування психотерапевтами за допомогою методу КІП, потрібно було мати справу з деякими перешкодами. Незважаючи на те, що були враховані досвід попереднього дослідження і мотивація дослідників і терапевтів, мети дослідження не вдалося досягнути. Не вдалося отримати необхідного числа випадків, хоча дослідження тривали 8 років, була достатня кількість терапевтів (n=15) і була можливість розглянути широкий спектр розладів.

Головна причина цих труднощів полягає, без сумніву, в тому, що у розпорядженні дослідників не було жодної фінансової підтримки ззовні. Не було можливості ні обладнати дослідницький центр з відповідним персоналом для опрацювання даних, ні підтримувати і належно контролювати терапевтів. Дослідження проводилося за рахунок «підручних засобів» Німецького об'єднання КІП (AGKB та MGKB). Є потреба у відповідному нагляді і належному контролі за терапевтами з регулярним нагадуванням про контрольний час вимірювань і нововведення у дослідження.

Ефективність, специфічну саме для КІП, не можна обговорювати на основі цієї вибірки. Для цього потрібна була б для порівняння контрольна група, до якої застосовувалась би глибинно-психологічна психотерапія без КІП. Проте, навіть якісний аналіз змісту роботи може зробити істотний внесок в оцінку ефективності лікування з КІП (19).

Оцінка існуючих, повних наборів даних хоча і виявила чіткий і значною мірою високий показник інтенсивності ефекту ES, але результати можна оцінювати тільки з певними застереженнями через невеликий обсяг вибірки. Що стосується ефективності КІП в амбулаторному лікуванні, то з цього дослідження можна зробити висновок, що ми могли б знайти додаткові докази ефективності КІП як методу психодинамічного лікування. Інтенсивність ефекту покращень у цьому дослідженні висока і лежить у верхній третині того, що в даний час вважається актуальним для психотерапії в цілому і для психодинамічної психотерапії зокрема (1, 3, 6, 14, 15, 23).

Висновок

У цьому натуралістичному дослідженні, присвяченому застосуванню КІП в амбулаторній психотерапії Федеративної Республіки Німеччини як особливого методу глибинно-психологічної психотерапії, як і в попередньому дослідженні, знову підтверджується дієвість КІП з високою інтенсивністю ефекту при центральних симптомах депресивних, тривожних і соматизованих розладів. Інтенсивність ефекту покращень у цьому дослідженні висока і лежить у верхній третині того, що в даний час вважається актуальним для психотерапії в цілому та для психодинамічної психотерапії зокрема.

Конфлікт інтересів

Автори вказують, що немає жодних фінансових конфліктів інтересів. Автори Ulrich Bahrke і Ulrich Sachsse є членами Робочого товариства Кататимного переживання образів та імагінативних методів у психотерапії (AGKB).