

## **ВЛИЯНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И ТЯЖЕСТИ ДЕПРЕССИИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ И ПСИХОДИНАМИЧЕСКИ-МЕЖЛИЧНОСТНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ\***

ДЭВИД А.ШАПИРО, МАЙКЛ БАРКХАМ, ЭНН РИЗ,  
ДЖИЛИАН И.ХАРДИ, ШИРЛИ РЕЙНОЛДС, МАЙКЛ СТЕРТАП

Давид А.Шапиро, доктор философии, с 1977 по 1994 год являлся руководителем Совета по медицинским исследованиям, Совета по социальным исследованиям и Отдела прикладной психологии университета Шеффилда (Великобритания). В последнее время эта группа работает в университете Лидса, где доктор Шапиро стал профессором клинической психологии, директором. Центра исследований психотерапии и руководителем Центра по исследованиям и развитию Общества психического здоровья города Лидс. Он также являлся президентом Общества психотерапевтических исследований (1993-1994), редактором журналов: «British Journal of Clinical Psychology» (1980-1985) и «Psychotherapy Research» (1989-1993).

Майкл Стертап получил степень доктора философии в Лондонском университете в 1984 году, изучал клиническую психологию в университете Саррей, работал в Национальной службе здравоохранения. С 1988 года является сотрудником Шеффилдской психотерапевтической группы, преподает в университете Уэльса (Бангор) и занимается исследованиями в области эффективности когнитивной психотерапии при лечении шизофрении.

Сто семнадцать клиентов, страдающих, депрессией, были рас-

---

\* *D.A.Shapiro, M.Barkham, A.Rees, G.E.Hardy, S.Reinolds, M.Startup.* Effects of Treatment Duration and Severity of Depression on the Effectiveness of Cognitive/Behavioral and Psychodynamic/Interpersonal Psychotherapy. Рукопись, принятая к печати в Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1994, N 62, была одновременно предоставлена Инфоцентру психотерапевтических исследований (Москва) для публикации на русском языке. Статья печатается с сокращениями.

пределены на группы по степени тяжести и прошли по 8 или по 16 сеансов когнитивно-поведенческой (КП) либо психодинамически-межличностной (ПМ) психотерапии. В целом КП и ПМ дали сходные результаты, независимо от продолжительности лечения и тяжести депрессии. Однако некоторые преимущества КП можно было наблюдать по «Опроснику протекания депрессии Бека» (Beck Depression Inventory). Мы не имеем оснований полагать, что КП дала более скорый эффект, чем ПМ, равно как и то, что сравнительные результаты каждого из вышеуказанных методов лечения зависят от степени тяжести депрессии. Также курс из 16 сеансов не показал общего преимущества над курсом из 8 сеансов. Однако состояние клиентов с относительно тяжелой формой депрессии улучшилось в большей степени после 16 сеансов, чем после 8.

Обзоры исследований сравнительных результатов психотерапии депрессии, как и множества других психологических проблем, позволяют, в целом, сделать заключение, что методы лечения обладают примерно одинаковой эффективностью (*Robinson, Berman & Neimeyer, 1990; Shapiro & Shapiro, 1982; Smith, Glass, Miller, 1980; Stiles, Shapiro & Elliot, 1986*). Программа междисциплинарных исследований лечения депрессии Национального института психического здоровья (The National Institute of Mental Health's Treatment of Depression Collaborative Research Program; TDCRP, *Elkin et al., 1989*), более фундаментальное исследование современных методов лечения депрессии, приходит к аналогичному выводу. Однако многие специалисты полагают, что «Решение Додо» («Dodo verdict»; *Luborsky, Singer, Luborsky, 1975; Rosenzweig, 1936*) отражает те недостатки в планировании и осуществлении данных исследований, которые помешали установить действительные различия между результатами лечения. Возможность обнаружения различий в методах лечения зависит от адекватных размеров выборок, точного следования методам лечения, контроля над влиянием терапевта и измерения результатов методами, соответствующими данному расстройству и задачам того или иного терапевтического подхода.

В противоположность обозревателям, оценивающим результаты как равноценные, приверженцы поведенческого и когнитивного методов утверждают, что означенные методы очевидно более эффективны при лечении как депрессии, так и психологических расстройств вообще (*Giles, in press; Rachman & Wilson, 1980*). Критикуя эту точку зрения» Робинсон и другие (1990; *Berman; Miller & Massman, 1985*) рассматривают исследования в социально-психологической перспективе, доказывая, что приверженность исследователя тому или иному методу, достоверно определяемая по характеру описания работы, должна пройти статистическую проверку, чтобы можно было верно оценить сравнительную эффективность. После такой оценки все видимые преимущества когнитивного и поведенческого методов стираются

(*Robinson et al.*, 1990, p.35). Джилс (в печати) полагает не всегда верным утверждение о том, что приверженность исследователя тому или иному методу отражает лишь соответствующие действительности научно-обоснованные суждения и не является источником влияния, аналогичного «эффекту Пигмалиона». Как отмечают Эллиот, Стайлз и Шапиро (в печати), большинство подобных сравнительных исследований до сих пор проводилось приверженцами когнитивного и поведенческого методов, и поэтому полученные ими результаты, свидетельствующие в пользу их методов, нельзя считать окончательно верными. Представленное здесь сравнение психодинамически-межличностной (ПМ) терапии с когнитивно-поведенческой (КП) в этом смысле более достойно доверия, так как исследователи в равной степени являются приверженцами обоих методов. Холлон, Шелтон и Дэвис (1993) указывают еще на один аспект проблемы приверженности; альтернативные психосоциальные вмешательства, при сравнении с которыми КП метод получал преимущества в прежних исследованиях, проводились не в полном объеме. Проект нашего исследования устраняет этот недостаток.

Анализ данных Программы междисциплинарных исследований лечения депрессии (TDCRP, *Elkin et al.*, 1989), проведенный непосредственно после ее завершения, показывает, что различия между методами лечения существуют лишь для относительно тяжелой депрессии. Таким образом, одним из источников получения эквивалентных результатов может служить присутствие в большинстве выборок пациентов с более легкими формами депрессии, в отношении которых возможно любое вмешательство (*Frank*, 1979), включая плацебо. Сложность в том, что определенные механизмы лечения могут быть применены только к тяжелой депрессии.

Тэйс, Симонс, Кахалан, Мак-Гири и Харден (*Thase, Simons, Cahalan, McGeary, Harden*, 1991) установили, что пациенты с более тяжелой депрессией хуже реагируют на КП терапию, но была сформирована только одна группа, что дало возможность выявить лишь относительное улучшение, но не позволило сделать выводы о реакции на вмешательство как таковой. В отличие от этого, мы представляем исследование, в котором клиенты были разделены в соответствии со степенью тяжести депрессии перед началом лечения, и произвольно, группами по тяжести, рекомендованы к тому или иному лечению для предварительного прямого тестирования взаимосвязи тяжести депрессии и лечения.

Будучи постоянно озабочены методами лечения, исследователи сравнительных результатов оставляют без внимания другие практически важные параметры лечения, явно весьма многообещающие. Так, например, Говард, Копта, Краузе и Орлински (*Howard, Kopta, Krause and Orlinsky*, 1986) представили данные по выборкам, в которых результат измерялся более чем один раз за весь курс лечения, и предполагалось, что существует отрицательное ускорение взаимоотношения доза-эффект, т.е. результат улучшался при увеличении количества сеансов, но при

дальнейшем увеличении числа сеансов результаты опять становились хуже. Однако такие «данные по скорости выздоровления», взятые из опытов и включающие в себя многочисленные оценки результатов, не могут служить надежным ориентиром при оценке сравнительной эффективности лечения различной продолжительности. Поэтому в данном исследовании экспериментально анализируется действенность разной продолжительности лечения при произвольном распределении на 8 или 16 еженедельных сеансов.

Настоящая работа является частью программной серии исследований (*Shapiro, Barkman, Hardy, Morrison, Reynolds, Startup & Harper, 1991*). В первом Шеффилдском психотерапевтическом проекте использовалась перекрестная схема сравнения ПМ метода, который был назван Исследовательской (Exploratory) терапией, и КП метода, названного Предписывающей (Prescriptive) терапией. Обнаружение небольшого преимущества КП, возможно, было обусловлено тем, что исследование ограничивалось непосредственными результатами только одного курса из 8 сеансов каждой терапии. Обзоры нашего отчета об этом исследовании, сделанные еще до его публикации (*Shapiro & Firth, 1987*), отразили широко распространенную стереотипную точку зрения: прямая направленность КП на симптомы более способствует скорейшему выздоровлению, нежели направленность ПМ на проблемы прояснения и инсайта, лишь готовящие к поведенческим изменениям. С этим предположением согласуется то, что сеансы лечения КП терапией оказывают более положительное немедленное влияние на настроение клиента, нежели ПМ (*Shapiro, Stiles & Firth-Cozens, 1988*). Рассматривая одновременно метод лечения и его продолжительность, настоящее исследование непосредственно проверяет данное предположение.

По-видимому, Шапиро и Ферт (1987), подобно другим авторам сравнительных исследований (*Shapiro & Shapiro, 1982*), описали ПМ не полностью еще и потому, что отсутствовала достоверная психометрия межличностных проблем, на которые этот метод лечения, по существу, и направлен. В дополнение к показателям симптоматических изменений, на которые направлена КП, настоящее исследование использует также Сводную карту межличностных проблем (ИР; *Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno & Villasenor, 1988*).

Настоящее исследование сравнивает 8- и 16-сеансовое ведение КП и ПМ терапии в легких, умеренно тяжелых и тяжелых случаях. Пятеро исследователей-медиков выступили в роли терапевтов; каждый работал во всех четырех комбинациях условий. Общие принципы и схема исследования описывались ранее (*Shapiro, Barkham, Hardy & Morrison, 1990*). Настоящая статья сосредотачивается на эффективности методик в отношении следующих вопросов:

- (1) Является ли КП более эффективной, чем ПМ, когда клиницист-исследователь не является приверженцем КП терапии?
- (2) Быстрее ли КП действует, чем ПМ?

(3) Зависит ли разница в эффективности КП и ПМ от изначальной тяжести депрессии?

(4) Является ли 16-сеансовый курс более эффективным, чем 8-сеансовый, и зависит ли разница от изначальной тяжести депрессии?

### МЕТОДИКА

Схема исследования предусматривала прохождение полного курса 120 клиентами. В каждом из трех диапазонов тяжести депрессии сорока клиентам были случайным образом назначены 8 или 16 еженедельных сеансов КП или ПМ терапии. Тяжесть определялась по методике оценки депрессии Бека – Beck Depression Inventory (BDI; *Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961*), с учетом распределения, полученного по пробным данным, и рекомендаций Бека (1978): легкие депрессии: 16-20; умеренные: 21-26; тяжелые: 27 и больше.

### ПОРЯДОК ОТБОРА КЛИЕНТОВ

Набор в группу продолжался шесть лет. За это время в общей сложности 540 человек заполнили предварительные анкеты, разосланные нашей исследовательской клиникой, которая предоставляет лечение юристам, управленцам и конторским работникам, страдающим от депрессии. Шестидесят один процент обратился к нам самостоятельно по рекомендации специалиста по общей медицине, или после изучения медицинско-просветительских буклетов и других ознакомительных материалов, распространяемых на рабочих местах служащими или профсоюзными работниками. Тридцать девять процентов обратились по рекомендации лечащего врача или службы психического здоровья. Сто семнадцать человек, прошедшие полный курс и составившие базу настоящего отчета, были отобраны из первоначальных 540 следующим образом.

Предварительный опросник состоял из Методики оценки депрессии Бека (BDI), Карты возможных симптомов (Symptom Checklist – SCL 90R; *Derogatis, 1983; Derogatis, Lipman & Covi, 1973*) и карточки персональных сведений о клиенте, содержащей краткое описание жалоб, лечения в прошлом и настоящем, рода деятельности и влияния психологической проблемы на работу клиента. Первоначальный отбор основывался на этом опроснике и (иногда) на телефонных собеседованиях. Двести сорок девять отсеялись по одному из следующих обстоятельств (или по их комбинации): рейтинг по BDI ниже 16; продолжительные психиатрические нарушения на протяжении более двух лет; участие более чем в трех сеансах психологического лечения за последние пять лет; существенные изменения в курсе психотропного воздействия в течение последних шести недель; несоответствие рода деятельности нашим критериям.

Среди 117 клиентов, составивших основу данного отчета, была 61 женщина. Мы не ограничивали расовую или этническую принадлежность клиентов (в Великобритании при лечении она обычно не фиксируется). Представители тех слоев населения (юристы, управленцы, конторские

работники из Шеффилда), которые участвовали в опыте, в основном, белые англосаксы. Средний возраст был 40 с половиной лет со стандартным отклонением в 9 с половиной лет. Семьдесят шесть были женаты/замужем или сожительствовали, а 41 – холосты/незамужем, или разошедшиеся, разведенные или вдовы. Сорок четыре завершили обучение к 18 годам, 27 учились в университетах, а 46 обладали профессиональной квалификацией.

Девяносто получили диагноз (по PSE-ID-CATEGORY) отсроченной депрессии, 23 – невротической депрессии, и 4 – тревоги. Девяносто получили одиночный диагноз БДЭ – «большой депрессивный эпизод», 59 – БДЭ и ГТ – «генерализованная тревога», и 39 – БДЭ, ГТ и паническое расстройство. Двадцать семь проходили психологическое лечение ранее. При оценке «1» 25 из 117 клиентов принимали психотропные средства: 17 – антидепрессанты, 6 – снотворные, 1 – анксиолитики, а 1 – и снотворные, и анксиолитики.

### ТЕРАПЕВТЫ

В лечении приняли участие пятеро терапевтов, трое – мужчины. Все – клинические психологи, обучавшиеся в Великобритании; у всех в обучении преобладали когнитивно-поведенческие подходы. Однако участие в программе предполагало равную склонность к обоим методам. В нашей программе, финансируемой Исследовательским Советом, они получили должности исследователей-медиков.

Что касается опытности – двое терапевтов участвовали в исследовании Шапиро и Ферта (1987). Получив образование, они в дальнейшем совершенствовались и в психодинамически-межличностных методах. К началу исследования у них за плечами были 17 и 6 лет практики соответственно. Эти более опытные терапевты объяснили остальным троем методические детали исследования. Трое же получили дипломы терапевтов незадолго перед началом исследования, а исследовательский опыт у них уже имелся.

Каждый терапевт провел не менее двух учебных курсов лечения пациентов по каждой из четырех возможных комбинаций метода и продолжительности, прежде чем перейти к исследовательскому курсу. Магнитофонные записи каждого сеанса исследовательского курса контролировались терапевтами, уже участвующими в исследовании, и участие нового терапевта становилось возможным, только если уже участвующие были удовлетворены его умением при всех факторных комбинациях. В совокупности все пятеро провели 64 «учебных случая» прежде, чем перейти к исследовательским.

### ЛЕЧЕНИЕ

В первоначальной пробной работе методиками Шапиро и Ферта (1987) были проведены 8- и 16-сеансовые одиночные курсы. Цели, стратегия и методы каждого курса следовали имевшимся руководствам (Ферт и Шапиро, 1985; Шапиро и Ферт, 1985) и реферату (Шапиро и

Ферт, 1987). Наша ПМ-терапия основывалась на модели собеседования Хобсона (1985; *Goldberg, Hobson, Maguire, Margison, O'Dowd, Osborn & Moss, 1984*). Используя психодинамические, межличностные концепции и концепции переживаний, она сосредоточивается на взаимоотношениях терапевта и клиента как на средстве для обнаружения и решения межличностных проблем, которые рассматриваются как источники депрессий. Этот метод ставит акцент на поиске общих позиций и обоюдодоприемлемого языка (взгляды терапевта выражаются как первое приближение к истине, открытое поправкам, а клиент вносит свои уточнения, усложнения – обеспечивает обратную связь), основан скорее на утверждениях, чем на вопросах; терапевт выдвигает предположения о переживаниях клиента и об их взаимосвязи. Наша КП терапия – многомодусная методика, несколько более поведенческая, нежели когнитивная терапия Бека, Раша, Шо и Эмери (1979). Она делает упор на наличие у терапевта целого спектра когнитивных и поведенческих стратегий и методов (контроль тревоги, техника самоконтроля, когнитивное переструктурирование и пр.), из которых для клиента подбирается подходящее ему.

По 220 сеансам настоящего исследования были вычислены индексы приверженности (*Shapiro & Startup, 1992; Startup & Shapiro, 1993*, в печати). Это продемонстрировало корректную реализацию обоих методов одними и теми же терапевтами. К примеру, 95% сеансов были правильно расклассифицированы дискриминантным анализом (*Startup & Shapiro*, в печати). В то же время показатели «облегчения работы терапевтом» были одинаковыми в обоих методах и не снесли вклада в дискриминантную функцию.

Показатель доверия был получен по четырем характеристикам методики (*Morrison & Shapiro, 1987*) перед первым сеансом, когда клиентам предложили прочесть восьмистрочное описание доставшегося им метода при заполнении формы согласия, и сразу после первого сеанса. Существенной разницы в показателях доверия для КП и ПМ не наблюдалось,  $F(1, 103)=1.82, p=0.18$ . При том, что к обоим методам после первого сеанса было выражено больше доверия, чем до него,  $F(1, 103)=8.89, p<0.01$ , это изменение было сходным в обоих методах,  $F<1$ .

В каждом из 117 случаев были отработаны все (8 или 16) одночасовые сеансы. Сеансы были еженедельными, если не мешали праздники или какие-либо затруднения у терапевта или клиента. Пропущенные сеансы переносились. В 16-сеансовых курсах имелся одно- или двухнедельный перерыв после первых восьми сеансов – для сбора данных при оценке «2».

#### МЕТОДЫ ОЦЕНКИ

Мы использовали два показателя уровня депрессии: BDI и подшкалу депрессии в SCL 90R, и концептуально соотнесенный с ними показатель самооценки SE (*O'Malley & Bachman, 1979*). Общую симптоматику мы

устанавливали по глобальному показателю тяжести в SCL 90R и итоговому показателю симптоматики в PSE. Дабы адекватно учесть предполагаемое специфическое влияние межличностно-ориентированного ПМ-лечения, мы использовали социальную подшкалу шкалы социальной приспособляемости – методику самоотчета SAS (*Cooper, Osborn, Gath & Fegetter, 1982*) и ИР.

## ПРОЦЕДУРА

Интервьюер, участвующий в исследовании, распределял клиентов в каждой группе тяжести по ячейкам схемы «метод/продолжительность/терапевт», по возможности уравнивая число мужчин с числом женщин в каждой ячейке. Шестой автор, закончив работу с 11 клиентами, прекратил участие в исследовании. Его оставшихся клиентов распределили по другим четырем терапевтам, по возможности равномерно.

Еженедельный перекрестный групповой контроль над работой каждого терапевта (изучение магнитофонных записей сеанса) позволил сохранить целостность курса и его высокий уровень. На протяжении восьмисеансового периода каждый клиент хотя бы однажды показывался терапевтической группе, по возможности после второго и (в 16-сеансовых случаях) десятого сеансов.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ В ЦЕЛОМ

Взятые вместе участники исследования выказали существенное улучшение своего состояния. Таблица 1 показывает общие неприведенные средние показатели и стандартные отклонения для полной выборки – 117 клиентов – по оценке «1», в конце лечения и еще через три месяца. Также показаны предварительные рейтинги по BDI и SCL 90R и показатель эффективности лечения, вычисленный по изменениям между оценкой «1» и концом лечения (разность исходного и конечного рейтингов, поделенная на стандартное отклонение в оценке «1»). Увеличившийся показатель самооценки указывает на улучшение. Показатель эффективности колеблется между 1.00 по ИР и 2.32 по PSE, достигая значения 1.77 по BDI, наиболее распространенному измерителю уровня депрессии, что означает существенное улучшение. Средние показатели не изменялись существенно через три месяца после завершения курса. Отметим определенное улучшение в период между предварительной оценкой и оценкой «1»: когда показатель эффективности колеблется между 0.30 по шкале депрессии в SCL 90R и 0.49 по BDI. Это улучшение следует иметь в виду при анализе последующих оценок. К примеру, группы тяжести формировались на основе данных предварительного опроса, а не показателя BDI при оценке «1»; таким образом, средние в оценке «1» получаются несколько меньшими по сравнению с окончательными данными.

ИЗНАЧАЛЬНЫЕ РАЗЛИЧИЯ МЕЖДУ СЛУЧАЙНО  
НАБРАННЫМИ ГРУППАМИ

Данные об изначальных различиях были получены еще до распределения по группам. Порядок же распределения по группам был установлен заранее, и из предварительных данных опирался только на диапазон тяжести, в который попадал клиент. Так что эти различия нельзя объяснять ни влиянием исследователей на заполнение предварительного опросника (к примеру, если бы клиент, увидев, что его распределили не в 8-, а в 16-сеансовую группу, посчитал бы свой случай более тяжелым), ни скрытым решением терапевтической группы распределять клиентов в соответствии с их потребностями (то есть назначать более тяжелым 16-сеансовый курс). Изначальные различия являются издержками принятого нами способа распределения, и это надо учитывать при интерпретации описанных ниже экспериментальных результатов.

Таблица 1

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ В ЦЕЛОМ  
*Общие средние, стандартные отклонения и степень  
эффективности*

Методика	Предварительная оценка		Оценка 1		Конечная оценка			Оценка после 3-х месяцев	
	M(SD)	N	M(SD)	N	M(SD)	N	ES	M(SD)	N
BDI	24.50 (6.34)	110	21.41 (6.75)	117	9.48 7.71	113	1.77	10.15 (8.69)	115
SCL 90R-D	2.40 (0.61)	117	2.17 (0.67)	117	1.07 (0.83)	113	1.64 (0.82 )	1.03	115
SCL 90R-GSI	1.55 (0.46)	117	1.41 (0.52)	117	0.71 (0.55)	113	1.35	0.72 (0.58)	115
PP			1.68 (0.45)	111	1.23 (0.59)	111	1.00	1.17 (0.56)	115
SAS- SOC			2.80 (0.42)	116	2.30 (0.55)	112	1.19	2.29 (0.57)	113
SE			2.50 (1.21)	116	3.84 (1.48)	113	1.11	3.73 (1.40)	113
PSE*			23.68 (6.64)	117	8.30 (7.70)	112	2.32		

**Примечание:** Большие величины показателей соответствуют большей патологии, кроме самооценки (SE).

BDI = Beck Depression Inventory (тяжесть депрессии по Беку).

SCL 90R-D = Symptom Checklist-90R Depression subscale (карта возможных симптомов – подшкала депрессии).

SCL 90R-GSI = Symptom Checklist-90R GloBal severity Index

(карта возможных симптомов – показатель общей тяжести).

IP = Inventory of Interpersonal Problems (оценка межличностных проблем).

SAS-SOC = Social Adjustment Scale-Self Report, Social Subscale (самооценка социальной приспособленности, социальная подшкала).

PSE = Present State Examination, symptom total score (оценка текущего состояния – общий показатель симптоматики).

\* использовалась через 3 месяца после окончания курса у 8-сеансовиков и по окончании лечения у 16-сеансовиков. Средние не приведены.

## АНАЛИЗ ЭФФЕКТОВ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ

Дабы облегчить сопоставление с другими исследованиями, в которых использовались некоторые из наших исследовательских методик, мы анализировали данные по каждому из семи показателей отдельно.

Такой первичный анализ, однако, не позволял сделать различие между продолжительностью лечения и истекшим временем. Кроме того, он не позволял разграничить изменения, произошедшие в первой и во второй половинах 16-сеансового курса. Так что в случае необходимости мы проводили вторичный анализ данных по всем диагностическим методикам, за исключением PSE, во второй и третьей оценке.

## ВЛИЯНИЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ

Мы не получили свидетельств в пользу того или другого метода – ни в смысле быстрогодействия, ни в смысле общей эффективности, ни в смысле эффективности в более тяжелых или менее тяжелых случаях. Таблица 2 показывает приведенные средние и тесты эффективности для основного эффекта метода. По PSE значимая ковариация тяжести и метода ( $F(2, 98)=3.09, p=0.05$ ) заставила нас тестировать прямое влияние метода в каждой группе тяжести по отдельности. Никаких иных значимых ковариаций метода с каким-либо еще показателем (в том числе и с номером оценки) не наблюдалось.

Таблица 2 демонстрирует существенное преимущество когнитивно-поведенческого метода ( $M/adj/=7.99$ ) перед психодинамически-межличностным ( $M/adj/=11.51$ ) по шкале BDI. Приведенные средние по остальным методикам самоотчета несколько разнятся в пользу КП, однако разница очень мала и ни по одной из методик не приближается к статистически значимой. Средние по PSE разнятся (погранично) в пользу ПМ в тяжелой группе и в пользу КП в умеренно тяжелой группе.

## БЫСТРОДЕЙСТВИЕ МЕТОДОВ

Относительная быстрота изменений при том и другом методах лечения оценивалась двояко. Во-первых, мы рассмотрели ковариацию тяжести и продолжительности, а во-вторых, в 16-сеансовых случаях исследовали ковариацию метода и номера оценки во вторичном анализе

данных оценок «2» и «3».

Таблица 2

ПРИВЕДЕННЫЕ СРЕДНИЕ И ТЕСТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ  
МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ

Метод /Оценка	Когнитивно-поведенческий	Психодинамически-межличностный	F	df	p
BDI	7.99	11.51	3.87	1,97	05
SCL 90R-D			< 1		
SCL 90R-GSI			< 1		
ИП			< 1		
SAS-SOC			< 1		
SE			< 1		
PSE*					

Тяжесть депрессии

Тяжелая	13.09	9.09	3.19	1,31	.08
Средняя	4.75	9.820	4.21	1,31	.05
Легкая	5.45	7.45	1.70	1,32	.20

**Примечание:** Большие величины показателей (кроме самооценки SE) соответствуют большей патологии.

BDI = Beck Depression Inventory (тяжесть депрессии по Беку).

SCL 90R-D = Symptom Checklist-90R Depression subscale (карта возможных симптомов – подшкала депрессии).

SCL 90R-GSI = Symptom Checklist-90R GloBal severity Index (карта возможных симптомов – показатель общей тяжести).

ИП = Inventory of Interpersonal Problems (оценка межличностных проблем).

SAS-SOC = Social Adjustment Scale-Self Report, Social Subscale (самооценка социальной приспособленности, социальная подшкала).

PSE = Present State Examination, symptom total score (оценка текущего состояния – общий показатель симптоматики).

Средние приведены с учетом семейного положения и показателя оценки «1» в данной методике. Приведенные средние получались усредненными между оценкой, соответствующей концу лечения, и оценкой, проведенной через три месяца (за исключением SE).

\* использовалась через 3 месяца после окончания курса у 8-сеансовиков и по окончании лечения у 16-сеансовиков.

Анализ ковариаций тяжести и продолжительности по данным на момент окончания лечения и тремя месяцами позднее дал значения  $F < 1$

для пяти из шести диагностических методик, проведенных в обеих оценках. Единственная значимая ковариация обнаружилась на социальной шкале SAS:  $F(1, 94)=6.38, p=0.01$ . Среди 8-сеансовиков КП ( $M/adj/=2.13$ ) оказалась эффективнее, чем ПМ ( $M/adj/=2.47, F(1, 49)=4.51, p=0.04$ ). Среди 16-сеансовиков, напротив, ПМ ( $M/adj/=2.14$ ) оказалась незначимо более эффективной, чем КП ( $M/adj/=2.41, F(1, 42)=2.32, p=0.14$ ). На тех, кому была назначена КП, 16-сеансовый курс оказал большее влияние в смысле социальной адаптации, нежели 8-сеансовый ( $F(1, 44)=5.21, p=0.03$ ); у тех, кому была назначена ПМ, подобного явления не обнаружено ( $F<1$ ).

Анализ данных оценок «2» и «3» среди 16-сеансовиков не указывает на какие-либо различия в быстродействии методов.

Для ковариации метода и номера оценки  $F$  не превышало единицы ни по одной из диагностических шкал; кроме того, не наблюдалось значимых или пограничных ковариаций метода, тяжести и номера оценки.

### СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ПО ОТНОШЕНИЮ К ТЯЖЕСТИ

Анализ ковариации тяжести и метода дал  $F<1$  для пяти из семи диагностических шкал. Лишь для PSE он дал значение  $p<0.15$ . Как сказано выше (и показано в таблице 2), это демонстрирует преимущество КП в умеренно тяжелой группе и пограничное преимущество ПМ в тяжелой группе.

### ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ

Является ли 16-сеансовый курс более эффективным, нежели 8-сеансовый, и зависит ли это от изначальной тяжести депрессии? По каждой из семи диагностических шкал приведенные средние указывают на количественное преимущество 16-сеансового курса. Однако по пяти шкалам отношение  $F$  не превышает единицы, и лишь по BDI влияние приближается к значимому ( $M/adj/=8.34$  и  $11.16$  для 16- и 8-сеансового курсов, соответственно,  $F(1, 97)=2.43, p=0.12$ ). Так что если рассматривать только основные эффекты, данных, свидетельствующих в пользу 16-сеансового курса, набирается недостаточно.

### КОВАРИАЦИЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И ТЯЖЕСТИ ДЕПРЕССИИ

Зависит ли действие параметра продолжительности лечения от изначальной тяжести депрессии? Мы исследовали ковариацию продолжительности и тяжести по каждой диагностической шкале. Таблица 3 показывает соответствующие приведенные средние и значения  $F$ . Ковариация тяжести, продолжительности и номера оценки по подшкале депрессии SCL 90R ( $F(2, 99)=2.37, p=0.10$ ) и по SE ( $F(2, 98)=6.48, p=0.002$ ) указывает на различное соотношение ковариации тяжести и продолжительности к концу лечения и тремя месяцами позднее. Исследуя данные по отдельности на каждый из этих моментов времени, мы обнаружили, что во всех случаях ковариация тяжести и продолжительности к концу лечения не была значимой ( $F<1$ ). Поэтому в

таблице 3 приведены только данные, полученные по обоим диагностическим методикам через три месяца после конца лечения.

Таблица 3 показывает стабильные эффекты. Ковариация тяжести и продолжительности достигала уровня значимости почти по всем диагностическим шкалам. Тяжелая группа после 16 сеансов выглядела лучше, чем после 8, по каждой диагностической шкале, и значительно лучше – по BDI, социальной шкале SAS и SE.

Как показано в левом верхнем углу таблицы 3, рейтинг по BDI тяжелых клиентов, прошедших 16-сеансовый курс  $M/adj=9.29$ , был в среднем на 10.5 пунктов ниже, чем прошедших 8-сеансовый курс,  $M/adj=19.83$ . Однако для умеренно тяжелых клиентов приведенные показатели указывают на незначительное и статистически ненадежное преимущество 16-сеансового курса. По BDI, например, оно составило всего лишь четыре пункта  $M/adj=6.34$  и 10.38 для 16-и 8-сеансового курсов соответственно. И напротив, данные легких клиентов указывают на легкое численное преимущество 8-сеансового курса, статистически надежное по подшкале депрессии SCL 90R ( $M/adj=0.62$  и 1.02 для 8- и 16-сеансового курсов соответственно).

Мы проанализировали первичные данные с целью установить подлинную природу изначальных различий между тяжелыми клиентами, направленными на 8- и на 16-сеансовые курсы. Мы обнаружили, что рейтинг по BDI при оценке «1» был больше 30 лишь у одного 8-сеансовика, а 16-сеансовиков с таким показателем было десять. Это породило вопрос: быть может, столь значительные преимущества 16-сеансового курса в случае тяжелых клиентов объясняется тем, что наиболее тяжелые клиенты попали именно в 16-сеансовую группу? Однако исследование клиентов в том (самом тяжелом) субдиапазоне тяжести, который представлен и 16- и 8-сеансовиками, ответило на этот вопрос отрицательно. В диапазоне рейтинга по BDI от 24 до 30 при оценке «1» было 13 8-сеансовиков и 10 16-сеансовиков. Эти подгруппы выдали при оценке «3» средний рейтинг по BDI, равный 15 для 8- и 8 для 16-сеансовиков соответственно.

Второе наблюдение, отраженное в таблице 3 – различие между 8- и 16-сеансовым лечением по отношению к простому эффекту тяжести. Анализ приведенных средних в чередующихся столбцах таблицы показывает, что упорядочение групп по тяжести после 8-сеансового курса не изменилось ни по одной диагностической методике. Эти различия отражены в значимом прямом влиянии тяжести на результаты каждой диагностической методики. Напротив, влияние тяжести после 16-сеансового курса стерлось: по некоторым диагностическим шкалам упорядочение групп по тяжести перестало соответствовать исходному, и различия между группами по большинству шкал больше не являются значимыми.

Стирание изначальных различий в тяжести после 16-сеансового (но не 8-сеансового) курса теоретически могло отражать просто фактор

времени. Чтобы не допустить такой неопределенности оценки, мы проанализировали ковариацию тяжести и продолжительности по данным оценки «3», сосредоточившись на прямом эффекте тяжести при той и другой продолжительности курса. Результаты сходны с приведенными в таблице 3. По всем шкалам влияние тяжести через три месяца после конца 8-сеансового курса сохранилось, а после окончания 16-сеансового курса – существенно ослабло.

**Таблица 3**

**Приведенные средние и тесты ковариации тяжести и продолжительности**

	Hi-8	i-16	Mod-8	Mod-16	Lo-8	Lo-16	P для простого эффекта тяжести		Эффект взаимодействия		
							8-ses.	16-ses.	F	df	p
BDI <sup>a</sup>	19.83	9.29**	10.38	6.34	4.56	8.10	.002	.41	3.54	2,97	.03
SCL 90R-D <sup>b</sup>	1.54	1.12	0.92	0.76	0.62	1.22** *	.006	.13	4.56	2,101	.01
SCL 90R-GSI <sup>a</sup>	1.29	0.94	0.63	0.50	0.35	0.58	<.001	.13	2.25	2,97	.11
IP <sup>a</sup>	1.72	1.38	1.23	1.00	0.83	1.05	<.001	.15	2.68	2,95	.07
SAS-SOC <sup>a</sup>	2.72	2.19**	2.34	2.12	2.05	2.32	.01	.28	2.51	2,93	.09
SE <sup>b</sup>	2.82	3.73**	3.86	4.01	4.41	3.67*	<.001	.53	5.07	2,100	.01
PSE <sup>ac</sup>	12.93	9.25	7.10	7.47	5.40	7.50	.03	.50	1.02	2,98	.37

**Примечание:** Большие величины показателей (кроме самооценки SE) соответствуют большей патологии. Средние приведены с учетом семейного положения и показателем Оценки 1 в данной методике.

BDI = Beck Depression Inventory (тяжесть депрессии по Беку).

SCL 90R-D = Symptom Checklist-90R Depression subscale (карта возможных симптомов – подшкала депрессии).

SCL 90R-GSI = Symptom Checklist-90R GloBal severity Index (карта возможных симптомов – показатель общей тяжести).

IP = Inventory of Interpersonal Problems (оценка межличностных проблем).

SAS-SOC = Social Adjustment Scale-Self Report, Social Subscale (самооценка социальной приспособленности, социальная подшкала).

PSE = Present State Examination, symptom total score (оценка текущего состояния – общий показатель симптоматики).

<sup>a</sup> усреднено по данным, полученным непосредственно по окончании лечения и тремя месяцами позднее.

<sup>b</sup> по данным, полученным через три месяца после окончания лечения.

<sup>c</sup> по данным, полученным через три месяца после окончания лечения у 8-сеансовиков и непосредственно по окончании лечения у 16-сеансовиков.

- \* простой эффект продолжительности  $p < 0.10$ ;
- \*\* простой эффект продолжительности  $p < 0.05$ ;
- \*\*\* простой эффект продолжительности  $p < 0.01$ .

## ОБСУЖДЕНИЕ

Данные в таблице 1 показывают, что в целом оба метода лечения достигли уровня эффективности, равного 14 пунктам за 16 часов терапии, что мета-анализ исследований по депрессии (*Nietzel, Russell, Hemmings & Gretter, 1987*) считает стандартом. Это означает, что сравнение факторов в нашем исследовании позволит прийти к широким и содержательным выводам. Наше обсуждение сосредоточится на четырех вопросах, выдвинутых в начале статьи, а затем обратится к методологическим издержкам и значению данного опыта для последующих исследований.

### ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ КП БОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ, ЧЕМ ПМ, ЕСЛИ ТЕРАПЕВТ-ИССЛЕДОВАТЕЛЬ БЕСПРИСТРАСТЕН?

Влияние метода лечения обнаруживается только на шкале BDI (3.52 пункта, т.е. средний масштаб эффекта равен 0.5 стандартного отклонения). BDI – наиболее распространенная методика диагностики депрессии, так что это наблюдение можно истолковать как свидетельство в пользу КП. Однако BDI концептуально сама опирается на когнитивно-поведенческую модель депрессии и оттого пристрастна к КП-терапии. Более того, ни одна из остальных анкетных диагностик (в том числе и вторая шкала депрессии из SCL 90R) не выявляет подобной тенденции. Однако психиатрическая симптоматика по PSE продемонстрировала большую эффективность КП в случае умеренно тяжелых клиентов.

Эти результаты согласуются с предположением о том, почему в обзорах исследований обычно отдается предпочтение КП, – потому что сами исследователи являются преимущественно сторонниками КП. Мы же приняли доктрину «равных результатов» (*Stiles et al., 1986; Elliott et al.,* в печати) и считаем, что эффективна и КП, и ПМ. Забавно, но сторонники той точки зрения, что доктрина терапевта определяет результаты, могут интерпретировать наши выводы как подтверждение этому. Хотя каждый волен интерпретировать наши результаты в соответствии со своей позицией, сами мы полагаем, что их значение таково: беспристрастный сравнительный анализ показывает хотя бы пограничное преимущество КП. На практике рекомендовать (клиенту или психологической службе) когнитивно-поведенческие методики как более эффективные было бы неоправданно.

Мы обнаружили, что результаты КП и ПМ оказались эквивалентными во многих отношениях, хотя выборки были одинаковыми по объему, учтены позиции терапевтов и их индивидуальная результативность, а также использованы необходимые диагностические средства. Эти обстоятельства говорят о том, что нельзя одинаковые результаты объяснять одними лишь методологическими недостатками.

Влияние метода лечения, согласно BDI, было настолько скромным, что не перекрывало границы вариаций. Даже по этой методике значительное число клиентов, прошедших ПМ, продемонстрировали лучшие показатели, чем прошедшие КП. При такой вариации на фоне значительного общего улучшения (таблица 1) потребуются дополнительные анализы, чтобы суметь предсказать изменения при двух терапевтических подходах, и соответствующие переменные, отражающие процесс лечения.

### БЫСТРЕЕ ЛИ КП ДЕЙСТВУЕТ, ЧЕМ ПМ?

Рассматривая данные в целом, мы не находим свидетельств в пользу быстреего действия КП. В целом, преимущество КП перед ПМ в 8-сеансовом курсе было не больше, чем в 16-сеансовом; не наблюдалось и относительных преимуществ у КП по данным первой половины 16-сеансового курса.

Несмотря на то, что эти тесты отражают меньше различий, чем тесты общего эффекта, учитывающие размер выборок, преобладание соотношения  $F < 1$  позволяет привлечь диагностическую силу теста в качестве объяснения общих ненулевых результатов.

Таким образом, предположение, что КП-метод, фокусирующийся на симптоматических изменениях, приведет к результату быстрее, не оправдалось. Наши данные не позволяют с уверенностью различить скорость и хронологию изменений в том и другом методах. С практической точки зрения, скорости изменений при КП и ПМ одинаковы.

### ЗАВИСИТ ЛИ РАЗНИЦА В ЭФФЕКТИВНОСТИ КП И ПМ ОТ ИЗНАЧАЛЬНОЙ ТЯЖЕСТИ ДЕПРЕССИИ?

Мы не обнаружили убедительных данных, свидетельствующих о том, что дифференцированный эффект того и другого методов зависит от изначальной тяжести депрессии. Однако разница в показателях депрессии до лечения отражается на интерпретации этих данных, так как коррекцию на основе ковариации показателей до лечения не удастся выполнить, так что корреляция до/после неосновательна. Впрочем, к концу лечения результаты по всем шкалам, кроме PSE, не дают совершенно никаких оснований предполагать наличие значимых дифференцированных эффектов этого рода. В практическом отношении у нас нет причин рекомендовать тот или иной метод при данной тяжести депрессии. Здесь мы расходимся с апостериорным анализом (*Elkin et al.*, 1989), в котором шкала депрессии Гамильтона дала лучшие результаты для КП-терапии в случаях тяжелых депрессий. Любопытно, что это согласуется с нашими результатами по PSE и заставляет предположить, что диалоговые диагностические методики отдают предпочтение межличностно-ориентированным видам терапии в случаях тяжелых депрессий.

### ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ 16-СЕАНСОВЫЙ КУРС БОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ, НЕЖЕЛИ 8-СЕАНСОВЫЙ, И ЗАВИСИТ ЛИ РАЗНИЦА ОТ ИЗНАЧАЛЬНОЙ ТЯЖЕСТИ

## ДЕПРЕССИИ?

В целом, свидетельства в пользу большей эффективности 16-сеансового курса оказались неубедительными, а различия – статистически ненадежными. Характер ковариаций продолжительности и номера оценки заставляет предположить, что диада терапевт-клиент адаптирует скорость лечения к имеющемуся резерву времени. Влияние продолжительности лечения может быть и более сложным, чем то, которое задается относительно гладкой, выпуклой кверху кривой из исследования Говарда (*Howard et al.*, 1980, с.16). К примеру, мета-анализ Смита и других (1980) обнаружил уменьшение эффективности терапии, когда продолжительность курса возросла с 10 до 20 сеансов. Хотя этот вывод осложнен различиями между методами лечения и подбором пациентов в том и другом исследовании, мы можем предположить, что курс, значительно более продолжительный, чем 16-сеансовый, дал бы в нашем случае более явные результаты.

Данные однозначно указывают на большую эффективность 16-сеансового лечения в случаях тяжелых депрессий. Они почти укладываются в линейную зависимость результата от времени (для не очень тяжелых случаев). 16-сеансовый курс, в отличие от 8-сеансового, стирал изначальные различия во всех трех группах тяжести. Вытекающая отсюда практическая рекомендация – назначать длинные курсы (16-сеансовые, в нашем случае) только пациентам с тяжелой депрессией (27 пунктов по BDI и выше, в нашем случае).

Ковариация тяжести и продолжительности не может быть объяснена лишь тем, что в 16-сеансовом курсе с начала лечения проходит больше времени; она сохранилась после уравнивания истекшего времени. Не удастся также рассматривать ее как артефакт изначальных различий противоположного характера.

Вкупе с выводами Элкина (*Elkin et al.*, 1989) наши результаты предостерегают против обобщений эффектов метода на все диапазоны тяжести. Пациенты с более тяжелыми депрессиями (соответствующими показателю BDI 27 и выше) могут демонстрировать иные реакции, чем пациенты с легкими расстройствами или участники аналоговых исследований. Это подчеркивает отмеченную Холлоном и другими (1983) необходимость в дальнейшем сравнении когнитивной терапии и других методов на клинически репрезентативных выборках.

## МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Исследование проходило при нескольких изначальных различиях между группами. Ни дифференцированное стирание, ни влияние исследователей сами по себе их не объясняют. Мы избрали схему исследования, минимизирующую их влияние на наши выводы; наиболее важные различия имели характер, противоположный результатам лечения, и потому не ставят под сомнение наши выводы. Впрочем, издержки случайного распределения имманентно присущи выборкам объема,

характерного для психиатрических исследований, и оттого предпочтительней использовать параллельные схемы.

Состояние клиентов между предварительным опросом и оценкой «1» несколько улучшилось. Задним числом это представляется закономерным; возможно, следовало распределять клиентов по группам тяжести в соответствии с данными оценки «1». Однако диапазон рейтинга по BDI при оценке «1» указывает на достаточную тяжесть депрессии, вполне попадая в рамки, обозначенные Нитцелом и другими (1987) в обзоре предварительных данных. Кроме того, повторный скриннинг обычно не применяется для оценки состояний до лечения, поэтому использование нами показателей до лечения из оценки «1» консервативным образом измеряет изначальную тяжесть и эффекты лечения в соответствии с литературными данными.

Наша схема предусматривала работу одних и тех же терапевтов со всеми факторными комбинациями, с целью минимизировать смешение особенностей терапевта с особенностями метода. Это весьма ценно для нашего анализа процесса-влияния-результата, неотъемлемой части нашей стратегии (Шапиро и др., 1991). Впрочем, мы признаем, что наши выводы в принципе распространяются лишь на терапевтов-исследователей, способных, при желании, работать различными методами.

Вопросы, изучавшиеся в связи с влиянием взаимодействия, в нашем исследовании не получили достаточного статистического обоснования, однако выявленные данные настолько недвусмысленно свидетельствовали о сильных взаимодействиях, которые хорошо распознавались, либо о нулевых эффектах при  $F < 1$ , что ограничения чувствительности методик вряд ли отразились на наших выводах.

### ДАЛЬНЕЙШИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Некоторые авторы (Beutler, Shoham-Salomon & Hannah, 1991) советуют исследовать ковариацию характеристик клиента и метода лечения, если имеются определенные концептуальные обоснования. Наши результаты подтверждают эту рекомендацию в отношении тяжести: ее ковариация с продолжительностью терапии выглядит убедительнее, чем отсутствие ковариации с методом лечения.

Сравнив наши выводы с выводами Элкина и др. (1989) и обзором Робинсона и др. (1990), мы предлагаем в дальнейших сравнительных исследованиях проводить анализ процесса изменения (Garfield, 1990; Greenberg, 1991; Marmar, 1990; Stiles et al., 1988a, 1988b) в сравниваемых методах лечения. Если лечение проводят квалифицированные терапевты по стандартным методикам, то не следует ожидать, что разница в результатах того и другого метода лечения будет иметь практическое значение. Более плодотворной была бы попытка описать механизмы изменений и выяснить, какие из них присущи всем видам лечения, а какие специфичны лишь для отдельных методик.

Перевод К.К.Голышева

ЛИТЕРАТУРА

- Beck A.T. (1978). *Beck Depression Inventory*. Unpublished manuscript, University of Pennsylvania.
- Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F. & Emery G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York Guilford Press.
- Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J. & Erbaugh J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*. 4, 561-571.
- Berman J.S., Miller R.C. & Massman P.T. (1985). Cognitive therapy versus systematic desensitization: Is one treatment superior? *Psychological Bulletin*, 97, 451-461.
- Beutler L.E. (1991). Have all won and must all have proxies? Revisiting Luborsky's verdict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 59, 228-232.
- Cohen J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*. 112, 155-159.
- Cook T.D., Campbell D.T. & Peracchio L. (1990). Quasi experimentation. In M.D.Dunnette & L.M.Hough (Eds.). *Handbook of Industrial and Organizational Psychology, Second Edition*, vol.1, p.481-576. Palo Alto, C: Consulting Psychologists Press, Inc.
- Cooper P., Osborn M., Gath D. & Feggetter G. (1982). Evaluation of a modified self-report measure of social adjustment. *British Journal of Psychiatry*, 141, 68-75.
- Derogatis L.R. (1983). *SCL-90R: Administration, scoring and procedures – Manual II*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research Inc.
- Derogatis L.R., Lipman R.S. & Covi M.D. (1973). SCL-90, an outpatient rating scale: Preliminary report. *Psychopharmacology bulletin*. 9, 13-20.
- Eaton W.W. & Kessler L.G. (eds.) (1985). *Epidemiologic field methods in psychiatry: The NIMH epidemiologic catchment area program*. New York: Academic Press.
- Elkin I., Shea M.T., Watkins J.T., Imber S.D., Sotsky S., Collins J.F., Glass D.R., Pilkonis P.A., Leber W.R., Docherty J.P., Fiester S.J. & Parloff M.B. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.
- Elliott R., Stiles W.B. & Shapiro D.A. (in press). "Are some psychotherapies more equivalent than others?" In T.R.Giles (Ed.), *Handbook of effective psychotherapy*. New York: Plenum press.
- Firth J.A. & Shapiro D.A. (1985). *Perspective therapy manual for the Sheffield Psychotherapy Project*. University of Sheffield: SAPU Memo 734.
- Frank J.D. (1979). The present status of outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 47, 310-316.
- Garfield S.L. (1900). *Issues and methods in psychotherapy process research*,

- 
- Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 58, 273-280.
- Giles T.R. (Ed.) (in press). *Handbook of effective psychotherapy*. New York: Plenum..
- Goldberg D.P., Hobson R.F., Maguire G.P., Margison F.R., O'Dowd T., Osborn M.S. & Moss S. (1984). *The clarification and assessment of a method of psychotherapy*. *British Journal of Psychiatry*, 114, 567-575.
- Greenberg L.S. (1991). *Research on the process of change*. *Psychotherapy Research*. 1, 3-16.
- Hardy G.E. & Shapiro D.A. (1985). *Therapist verbal response modes in perspective vs. exploratory psychotherapy*. *British journal of Clinical Psychology*. 24, 235-245.
- Hollon S.D., Shelton R.C. & Davis D.D. (1993). *Cognitive therapy for depression: Conceptual issues and clinical efficacy*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 61, 270-275.
- Hobson R.F. (1985). *Forms of feeling: The heart of psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Horowitz L., Rosenberg A.E., Baer B.A., Ureno G. & Vilasensor V.S. (1988). *Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric properties and clinical applications*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56. 885-892.
- Howard K.I., Kopta S.M., Krause M.S. & Orlinsky D.E. (1986). *The dose-response relationship in psychotherapy*. *American Psychologist*, 41, 159-164.
- Luborsky L., Singer B. & Luborsky L. (1975). *Comparative studies of psychotherapies*. *Archives of general Psychiatry*, 32, 885-1008.
- Marmar C.R. (1990). *Psychotherapy process research: Progress, dilemmas, and future directions*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 265-272.
- Morrison L.A. & Shapiro D.A. (1987). *Expectancies and outcomes in Prescriptive vs. Exploratory psychotherapy*. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 59-60.
- Nietzel M.T., Russell R.L., Hemmings K.A. & Gretter M.L. (1987). *The clinical significance of psychotherapy for unipolar depression: A meta-analytic approach to social comparison*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 156-161.
- O'Malley P.M. & Bachman J.G. (1979). *Self-esteem and education: Sex and cohort comparison among high school seniors*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1153-1159.
- Rachman S.J. & Wilson G.T. *The effects of psychotherapy* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Pergamon Press.
- Robinson L.A., Berman J.S. & Neimeyer R.A. (1990). *Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research*. *Psychological Bulletin*. 108, 30-48.
- Rosenzweig S. (1938). *Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy*. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Schmidt F.L. (1992). *What do data really mean? Research findings, meta-*

- analysis, and cumulative knowledge in psychology. *American Psychologist*, 47, 1173-1181.
- Shapiro D.A., Barkham M., Hardy G.E. & Morrison L.A. (1990). *The Second Sheffield Psychotherapy Project: Rationale, design and preliminary outcome data*. *British Journal of Medical Psychology*, 63, 97-108.
- Shapiro D.A., Barkham M., Hardy G.E., Morrison L.A., Reynolds S., Startup M. & Harper H. (1991). *University of Sheffield Psychotherapy Research Program: Medical Research Council/Economic and Social Research Council Social and Applied Psychology Unit*. In L.E. Beutler & M. Crago (Eds.). *Psychotherapy Research Programs*. Washington, DC: American Psychological Association, p.234-242.
- Shapiro D.A. & Firth J.A. (1985). *Exploration therapy manual for the Sheffield Psychotherapy Project*. University of Sheffield: SAPU Memo 733.
- Shapiro D.A. & Firth J.A. (1987). *Perspective vs. Exploratory Psychotherapy: Outcomes of the Sheffield Psychotherapy Project*. *British Journal of Psychiatry*, 151, 790-799.
- Shapiro D.A. & Shapiro D. (1982). *Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement*. *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.
- Shapiro D.A. & Shapiro M.J. (1992). *Measuring therapist adherence in Exploratory psychotherapy*. *Psychotherapy Research*, 2, 193-203.
- Shoham-Salomon V. & Hannah M.T. (1991). *Clinical-treatment interaction in the study of different change processes*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 217-225.
- Smith M.L., Glass G.V. & Miller T. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Startup M.J. & Shapiro D.A. (1993). *Dimensions of cognitive therapy for depression: A confirmatory factor analysis*. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 139-151.
- Startup M.J. & Shapiro D.A. (in press-b). *Therapist treatment fidelity in Perspective vs. Exploratory psychotherapy*. *British Journal of Clinical Psychology*.
- Stiles W.B., Shapiro D.A. & Elliott R.K. (1986). "Are all psychotherapies equivalent?" *American Psychologist*, 41, 165-180.
- Stiles W.B., Shapiro D.A. & Firth-Cozens J. (1988). *Do sessions of different treatments have different impacts?* *Journal of Counseling Psychology*, 35, 391-396.
- Thase M.E., Simons D., Cahalane J., McGeary J. & Harden T. (1991). *Severity of depression and response to cognitive behavior therapy*. *American Journal of Psychiatry*, 148, 784-789.
- Wing J.K., Cooper J.E. & Sartorius N. (1974). *The measurement and classification of psychiatric symptoms*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.