

НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОЦЕССА ПСИХОТЕРАПИИ И ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ: ИСТОРИЯ ПРОБЛЕМЫ*

О.Д.ПУГОВКИНА,
И.В.НИКИТИНА,
А.Б.ХОЛМОГорова,
Н.Г.ГАРАНЯН

В обзоре проанализирована история проведения исследований эффективности психотерапии. Рассмотрены два подхода к периодизации изучения проблемы: Калмыковой Е.С., Х.Кехеле (2000), и Russell R.L., Orlinsky D.E. (1996).

Наиболее известные исследования систематизированы в соответствии с этапами, выделяемыми Russell R.L., Orlinsky D.E.

1. Период становления поля научных исследований (1927—1954). 2. Период поиска научной опоры (1955—1969). 3. Период расширения поля исследований и усиления их целенаправленной организации (1970—1983). 4. Период консолидации методологии исследований и переформулирования прежних выводов (1984 — н.в.). Для каждого из описанных выше этапов приведено описание развития методологии исследовательских стратегий, а также даются иллюстрации в виде примеров конкретных исследований для каждой из стратегий. Осуществлен критический анализ методологии каждого этапа. Показано, что основные исследовательские вопросы далеки от окончательного разрешения, а значительная часть результатов, полученных учеными, носит противоречивый характер.

Ключевые слова: Психотерапия, эффективность психотерапии, факторы эффективности психотерапии, исследовательские стратегии эффективности психотерапии.

Введение

Психотерапия прошла долгий путь от первоначального статуса некоего «нового направления» в лечении психических расстройств в начале двадцатого столетия, и на сегодня представляет собой целое

* Работа выполнена при поддержке РФФИ. Грант 08-06-00331а.

поле, которое характеризуется изменчивостью акцентов исследований, появлением новых направлений, и значительными внутренними противоречиями. Психотерапевтические техники и методы являются общепризнанной и неотъемлемой частью лечения и помощи при различных психических расстройствах и просто личных проблем людей. Подтверждение тому — продолжающееся развитие многообразных психотерапевтических подходов, их теоретических основ, интеграция различных концепций лечения.

Психотерапия находится в фокусе интереса не только специалистов, занятых непосредственно ее проведением и исследованиями, но и многих других профессионалов, в частности, средств масс-медиа, таких как телевидение, Интернет, и является основой модной в современном мире индустрии «самопомощи» и «личностного роста».

Этому интересу противоречит тот факт, что научные исследования психотерапии, исследования ее эффективности значительно менее известны и далеки от решения выдвигаемых вопросов.

Профессиональный интерес, вне сомнения, связан с ростом общественного интереса к психотерапии. Например, в США к вопросам эффективности и стоимости такого лечения привлекло профессиональное, общественное и законодательное внимание включение психотерапии в государственную программу здравоохранения.

«Основной» вопрос относительно эффективности психотерапии был сформулирован еще в 1967г.: «Какой вид лечения, проводимый каким специалистом, является наиболее эффективным для конкретного пациента с его специфической проблемой, и при каких условиях?» (*Paul, 1967*). Развитие клинической психологии, психотерапии, психиатрии показывает, что простой ответ на этот вопрос невозможен.

Начнем с того, что количество психотерапевтических техник постоянно растет. Так, в начале 60-х годов было описано около 60 различных техник, в середине 70-х их число перевалило за 130, к концу 70-х превысило 250. В настоящее время известно и осуществляется на практике около 400 разновидностей психотерапии для взрослых пациентов и примерно 200 — для детей и подростков (*Kazdin, 1994*).

С другой стороны, эффект психотерапии должен быть определен в приложении к конкретным клиническим проявлениям, симптомам, число которых, определяемое по классификациям расстройств, также растет. Тенденция здесь такова: в первом издании руководства DSM было описано около 100 различных расстройств (1952), во втором — 180 (1968). В третьем издании DSM в 1980г. задействовано уже около 260 диагностических категорий, а на сегодня, в четвертом издании — более 300.

И, наконец, следует отметить стремительное развитие исследовательских методов. Растет число переменных, учитываемых учеными, появляются новые и новые методики оценки этих переменных, пополняя огромный строй шкал, опросников и т.п. Особо отметим развитие методов математической статистики, открытие эры мета-аналитических исследований, привнесение концепции “evidence-based medicine”, или научно-обоснованной медицины в психотерапию.

Таким образом, постоянно растущее поле психотерапии и растущая сложность этого поля делает простой ответ на «основной» вопрос все более далеким от разрешения.

Были предприняты попытки представить историю исследований психотерапии в виде отдельных эпох, или периодов. Так, Х.Кэхеле (цит. по: *Калмыкова Е.С., Кэхеле Х., 2000*) выделяет три этапа в истории исследований. В основу этого деления положен не хронологический подход, а смещение исследовательского ракурса от одной проблемы к другой, для каждого этапа автор выделяет «основной вопрос», на решение которого направлены исследования психотерапии. Х.Кэхеле относит период отдельных описаний клинических случаев к «нулевому», или предварительному этапу.

Первым этапом собственно научного изучения психотерапии Х.Кэхеле считает 30-е — 70-е годы прошлого века. На этом этапе первостепенное значение имел вопрос об эффективности психотерапии вообще, независимо от конкретной ее формы, диагноза пациентов и т.п. В 1952г. была опубликована обзорная статья Г.Айзенка (*Eysenk, 1952*), в которой обосновывался тезис о том, что улучшения, достигаемые в ходе психотерапевтического лечения, не превышают таковых, возникающих в ходе спонтанной ремиссии и самостоятельного излечения пациентов, без помощи психотерапевта.

К задачам второго этапа исследований психотерапии Х.Кэхеле относит проблему связи между процессом и результатом психотерапии. В этот же период уделяется большое внимание развитию сравнительных исследований результатов воздействия различных психотерапевтических подходов.

Третий этап исследований психотерапии преодолевает тенденцию к групповым и статистическим подходам, к искусственно построенным экспериментальным условиям и вновь возвращается к натуралистическим методам. Дизайн исследований опять обращается к реальной практике и специфике проведения психотерапевтического лечения, при этом сохраняется стремление к контролю над процессуальными факторами, которые также подлежат изучению.

Другая попытка выделения периодов развития исследований психотерапии принадлежит R. Russell, D. Orlinsky (1996), которые представляют историю исследований психотерапии в рамках четырех этапов:

1. Период становления поля научных исследований (1927—1954).

К этому этапу, по аналогии со взглядами Х.Кэхеле, могут быть отнесены первые публикации, первые представления о появляющихся направлениях психотерапии. Так, в конце 20-х — начале 30-х годов Психоаналитические институты Берлина, Лондона, Чикаго и другие начали публикации катамнестических данных за длительный период. К этому же периоду относятся первые описания методов психотерапии, основанных на принципах научения (Jones, 1924; Mowrer, Mowrer, 1938). К началу 40-х годов относится появление клиент-центрированной терапии К.Роджерса и его первые исследования изменений в процессе психотерапии, и др.

2. Период поиска научной опоры (1955—1969).

В этот период происходит окончательное оформление основных психотерапевтических школ, и исследования принимают более формализованный и организованный характер. Наиболее известное исследование этого периода — Меннингеровский проект, посвященный эффективности долговременного психоанализа.

3. Период расширения поля исследований и усиления их целенаправленной организации (1970—1983).

Данный период включает в себя стремительный рост числа эмпирических исследований и оформление основных исследовательских стратегий. Интересы ученых эволюционируют от вопроса об общей эффективности психотерапии к поиску наиболее эффективных специфических интервенций для конкретных психических расстройств. Расширяется число исследуемых переменных, оформляются отдельные направления изучения составляющих психотерапии (процесс терапии, клиент, терапевт).

4. Период консолидации методологии исследований и переформулирования прежних выводов (1984 — н.в.).

Новая эпоха исследований связана с выходом первых руководств по психотерапии и возникновением устойчивой парадигмы исследований, связанной с принципами исследования на основе критериев научно-обоснованной медицины. Основные тенденции этапа: возрастающая сложность исследовательского поля психотерапии: увеличение числа психотерапевтических методов, тенденции к интеграции техник, рост числа диагностических категорий психических расстройств, развитие исследовательских методов, возросшие требования в плане представле-

ния убедительных доказательств эффективности, связанные с интеграцией психотерапии в систему страховой медицинской помощи и ростом общественного интереса к психотерапии в целом.

Характеристика основных этапов исследований психотерапии

В описании истории развития исследований психотерапии мы будем придерживаться периодизации, предложенной R.Russell, D.Orlinsky (1996). Первые два периода будут представлены более описательно, в историческом ключе, последние — с выделением методологических приемов, используемых учеными.

1. Период становления поля научных исследований (1927—1954)

Психоанализ был наиболее влиятельным направлением психотерапии и доминировал вплоть до 60-х годов прошлого века. Несмотря на то, что психоанализ на протяжении многих лет был признан как наиболее интенсивная и превосходящая остальные форма терапии, он обладал рядом существенных недостатков (долгосрочность, особые требования к пациентам, узкая область применения). Таким образом, к 60-м годам прошлого века психоанализ начинает утрачивать свое значение и популярность. В качестве одного из факторов снижения популярности психоаналитической терапии разные исследователи отмечают развитие программ по клинической и консультативной психологии после Второй Мировой войны (*Garfield, Bergin, 1986*). В это время, в ответ на растущую потребность общества в краткосрочных, недорогостоящих формах терапии появляются новые виды психотерапии. Так, клиентцентрированная терапия Карла Роджерса, во многих аспектах противоположная психоанализу, привлекла большое количество сторонников. Также необходимо отметить постепенное распространение бихевиоральной психотерапии и заметный рост ее влияния. В это же время появляется большое количество новых форм (видов, направлений) психотерапии, к началу 60-х годов их насчитывается около 60 (большинство которых не обладали никакими эмпирическими данными об их эффективности) (*Garfield, Bergin, 1986*).

Только в 40-х годах прошлого века некоторые аналитики начинают поднимать вопрос об эффективности психоанализа, однако за этой дискуссией не последовало никакого научного исследования. Отправной точкой для активного эмпирического изучения эффективности психотерапии стала широко известная статья Г.Айзенка (*Eysenk, 1952*), в которой он подвергал сомнению то, что психотерапия (в особеннос-

ти психоанализ) в какой-либо мере эффективна (способствует излечению). Айзенк проанализировал 24 наиболее известных доклада об эффективности разных видов психотерапии и на основе сравнения данных об излечении пациентов и статистических материалов о так называемой спонтанной ремиссии показал, что 67%, т.е. две трети, людей, страдающих от эмоциональных нарушений, практически избавляются от них в течение двух лет, тогда как психотерапия требует иногда более длительного времени (например, психоанализ), не говоря уже о финансовых и прочих затратах. Эта статья была воспринята многими как вызов и стимулировала психотерапевтов и исследователей к более тщательному, продуманному и спланированному изучению результатов психотерапии.

Необходимо обратить внимание на такой аспект эволюции психотерапии, как появление на психотерапевтической арене психотерапевтов-психологов. Если во времена Фрейда психотерапией занимались исключительно медики, то после Второй Мировой войны практиковать психотерапию начинают все большее количество психологов. Последователи К.Роджерса, а также сторонники когнитивно-бихевиоральной психотерапии были в своем большинстве психологами. Нехватка специалистов в области психического здоровья в послевоенные годы способствовала тому, что даже непрофессионалы (школьные психологи, социальные работники, младший медицинский персонал) стали выступать в роли психотерапевтов. Одной из наиболее успешных экспериментальных программ по обучению непрофессионалов стала программа М.Риош (*Rioch, 1967; Rioch, Elkes, Flint, 1965*). Эта программа представляла собой сокращенный двухгодичный курс, на который набирались женщины среднего возраста, имеющие магистерский диплом. Отмечалось, что эти женщины становились отличными терапевтами, однако эта и другие подобные программы предполагали обучение проведению лишь некоторых, ограниченных видов деятельности под супервизией профессиональных психотерапевтов. Не все специалисты принимают идею таких сокращенных программ, и иногда этот вид обучения воспринимается как угроза классическому психотерапевтическому образованию (*Garfield, Bergin, 1986*). Специальные исследования были посвящены сравнению эффективности работы «парапрофессионалов» и профессиональных психотерапевтов. Были получены противоречивые результаты, что не является редкостью для исследований психотерапии вообще, однако работа «парапрофессионалов» оценивается как минимум не ниже их более высоко образованных коллег (*там же*).

2. Период поиска научной опоры (1955—1969)

Несмотря на все описанные тенденции, до 1970гг. психоанализ остается наиболее влиятельной формой психотерапии, имеющей большое число сторонников и солидную историю. В свете этого не вызывает удивление, что первым крупным проектом в исследовании эффективности психотерапии стал так называемый Меннингеровский проект, который до сих пор остается примером одного из самых трудоемких в истории научных исследований эффективности психотерапии. Завершающий отчет проекта был представлен в работе R.Wallerstein (1986). Основной методологический принцип данного исследования гласит: «Исходя из теоретических соображений мы считаем, что процесс и результаты психотерапии необходимым образом связаны между собой и что эмпирическое исследование, которое позволит дать ответ на многие вопросы, должно уделять одинаковое внимание обеим сторонам. В любом исследовании, направленном на изучение результатов, должны быть сформулированы критерии улучшения, ориентированные на характер заболевания и процесс изменения» (Wallerstein R.S., 1986). Еще одно методологическое положение данного проекта гласит, что организация психотерапевтического процесса должна быть максимально естественной и больные должны распределяться на разные виды психотерапии по показаниям, а не в случайном порядке. Основные результаты данного исследования были описаны О.Кернбергом (Kernberg, Bursteine, Coyne et al., 1972) и Р.Валлерстейном в заключительных отчетах по данному проекту. Ими были сформулированы основные факторы успешности разных видов психотерапии и сделан сквозной вывод о важности фактора поддержки во всех без исключения видах психотерапии.

Приведем краткое описание этого проекта по оценкам К.Граве (Grawe, Donati, Bernauer, 1994) и В.Лаутербаха (Lauterbach, 1995). Исследование проводилось крупнейшими исследователями психоанализа в США в естественных условиях на базе Меннингеровской клиники. В 50-х гг. в этой клинике отобрали — не случайно, но по диагнозу и необходимости лечения — 22 пациента для группы долговременного психоанализа и 20 пациентов для группы поддерживающей психоаналитической психотерапии. Все пациенты имели очень хороший интеллект (средний IQ-124), относились к высокому социальному слою и сами платили за многолетнюю терапию. До конца лечения ни пациенты, ни психотерапевты не знали о том, что их терапию исследовали.

В долговременной группе 15 пациентов регулярно лечились в течение 6 лет (1017 сессий); 2 пациента лечились еще во время окончатель-

ного отчета, то есть спустя 25 лет после начала терапии; 4 пациента прекратили лечение после 16 месяцев и 316 сессий, 1 пациент умер после 7 лет и 1238 сессий. В группе поддерживающей психотерапии 14 пациентов регулярно лечились, участвуя в 316 сессиях более 4-х лет; 2 пациента еще лечились во время окончательного отчета; 4 пациента прекратили свою терапию после 2-х лет и 202 сессий, у одного из них был суицид. Оказалось, что психоаналитики были склонны направлять пациентов с более выраженной симптоматикой в группу поддерживающей психотерапии, и что в ходе раскрывающей психотерапии половина пациентов нуждалась в поддерживающей вместо раскрывающей. Терапевтические эффекты раскрывающей долговременной психотерапии были намного ниже, чем были предсказаны исследователями. Спрогнозированные эффекты поддерживающей психотерапии были более умеренными — их и достигли. Результаты даны в таблице.

Таблица

Результаты катмнеза раскрывающего психоанализа и поддерживающей психотерапии 43 пациентов в клинике К. Menninger (цит. по: Лаутербах, 1995)

Результат	Раскрывающий психоанализ		Поддерживающая психотерапия	
	Число пациентов	%	Число пациентов	%
Значительное улучшение	8	36	9	45
Умеренное улучшение	5	23	3	15
Сомнительное улучшение	3	14	3	15
Отсутствие улучшения	6	27	5	25
Всего:	22	100	20	100

Исследование в клинике К. Menninger показывает, что многолетним психоанализом достигаются хорошие результаты у 40% пациентов и умеренное улучшение у 20%; лучшие результаты, однако, достигаются и другими методами со значительно (в 10-20 раз) меньшими затратами. Необходимо отметить, что у 40% пациентов совсем не наступило улучшения в течение нескольких лет; естественно, лучше было бы констатировать неуспех в течение 20 сессий, а не в нескольких сотнях или тысячах.

К. Grawe резюмирует эти результаты следующим образом: положительных показаний для долговременного психоанализа нет, а отрица-

тельные — есть, в особенности для пациентов с более выраженной тяжестью симптоматики.

Еще более резкую оценку исследованию дает Г. Айзенк (*Айзенк*, 1994) и указывает на внутренние противоречия и даже странность выводов, к которым приходят авторы проекта, а также обращает внимание на недостатки исследования, которые описывают сами авторы, такие, как отсутствие формального экспериментального плана, или методов количественного определения и даже гипотез исследования.

Еще одним важным исследованием результатов психотерапии стал Пенсильванский проект под руководством Д. Люборского, одного из участников Меннингерского проекта, ныне признанного классика в области исследований эффективности психотерапии. Были выделены важные прогностические критерии психотерапии, среди которых основным является мера душевного здоровья пациента. Чем сохраннее личность пациента, тем более хороший прогноз имеет любая психотерапия. В этом исследовании Д.Люборский выделил восемь основных лечебных факторов психотерапии: 1) опыт переживания отношений поддержки, 2) способность терапевта понимать и реагировать, 3) возрастающее самопонимание пациента, 4) уменьшение «навязчивости» межличностных конфликтов, 5) способность пациента интернализировать достигнутое в ходе психотерапии, 6) обретение пациентом большей терпимости по отношению к мыслям и чувствам, 7) мотивация к изменению себя, 8) способность терапевта предложить ясную, разумную и действенную технику. В числе прочего было показано, что в успешности психотерапии большую роль играет снижение остроты конфликтной темы отношений. Отношения пациента в терапии и вне ее исследуются и рассматриваются в качестве важнейшего фактора эффективности (*Luborsky, Schimek*, 1964).

3. Период расширения поля исследований и усиления их целенаправленной организации (1970—1983)

С целью характеристики этого периода (1970-1980гг.) нами были проанализированы соответствующие главы наиболее фундаментального издания, посвященного научным исследованиям процесса психотерапии и ее эффективности. Это известное руководство под редакцией А. Bergin, S. Garfield, впервые изданное в 1971 году и выдержавшее пять изданий, каждое из которых сопровождалось существенной переработкой, отражающей изменения в поле научных исследований в области психотерапии. В третьем издании, вышедшем в 1986 году, описываются исследования, относящиеся к периоду, который R. Russell,

D. Ornlinsky (1996) назвали периодом расширения и организации, и который датируется им с 1970 по 1983 год. В этот период расширяется поле исследований в области психотерапии, возникают многочисленные проекты, направленные на изучение разных аспектов психотерапевтического процесса, в то же время растет интенция на выработку общего стандарта в их организации.

Авторы данного обзора (*Kazdin, 1986; Lambert, Shapiro, Bergin, 1986*) отмечают все возрастающий общественный интерес и признание по отношению к психотерапии, чему способствует огромное количество посвященных психотерапии статей в популярных печатных изданиях, радио- и телепрограммах. Интерес общественности также стимулируется за счет развития супружеской, семейной и сексотерапии. Подобная осведомленность имеет, по мнению авторов, два следствия. С одной стороны, приводит к большему принятию психотерапии в качестве средства лечения психических расстройств, а с другой — поднимает вопрос об эффективности.

Из тенденций описываемого периода (1970-х и начала 1980-х гг.) авторы отмечают тенденцию к интеграции различных форм психотерапии, растущую популярность краткосрочных форм психотерапии. Однако даже для изучения эффективности краткосрочной (20 и менее сессий) терапии требуется несколько лет для того, чтобы тщательно отобрать группу пациентов, провести психотерапевтическое вмешательство и оценить его результат. В случае же долгосрочной терапии, время, необходимое для проведения исследования, значительно возрастает. Так, широко известное Меннингеровское исследование продолжалось около 20 лет (*Kernberg, Bursteine, Coyne et al., 1972*). Этим частично и объясняется тот факт, что исследования в области эффективности долгосрочной терапии крайне малочисленны.

В целом, отмечают авторы, несмотря на то, что с того времени, как Айзенк опубликовал свою критическую статью, количество и качество исследований эффективности психотерапии возросло, их результаты еще недостаточно убедительны (в особенности для страховых компаний). В рассматриваемый период происходит смещение фокуса интереса от общего вопроса «эффективна ли психотерапия» к более специфическим вопросам: сравнение эффективности разных форм психотерапии, определение общего фактора эффективности всех видов терапии, изучение такого феномена, как негативный эффект психотерапии. При этом проведение сравнительных исследований сопряжено со значительными трудностями: необходимо исследовать большое количество комбинаций, что делает эти исследования очень дорогостоящими.

Обсуждаются и этические аспекты исследований эффективности психотерапии: растет озабоченность тем, что использование контрольных групп пациентов и групп плацебо может быть несправедливым и даже вредным в отношении этих пациентов. Отмечается также, что проведение исследований эффективности психотерапии предъявляет высокие требования к объективности и точности регистрации и анализа данных.

Рассмотрим основные направления исследований 1970-1980гг.

3.1. Изучение общего эффекта психотерапии

*Treatment Package Strategy, или
Стратегия оценки лечения, проводимого
на основе многоаспектного «пакета» воздействий*

В рамках этой стратегии конкретный способ лечения оценивается так, как он применяется в обычной практике. «Пакет» может быть многоцелевым и включать различные компоненты, каждый из которых особым образом влияет на результат. Основной вопрос при таком подходе — приводит ли этот пакет интервенций к ожидаемым изменениям. Обычно используются контрольные группы (пациенты с листа ожидания) для того, чтобы исключить влияние естественного взросления пациентов, спонтанной ремиссии и т.п.

Пример: исследование W.Gordon и сотр. (Gordon et al., 1980) многоаспектной психосоциальной терапии пациентов с онкологическими заболеваниями. Целью терапии было улучшение общего состояния пациентов (медицинский, психологический, интерперсональный аспекты), включая следующие показатели: физический дискомфорт, эмоциональное состояние, качество жизни и другие. Интервенции включали психообразовательные мероприятия и консультации различных специалистов-врачей по запросам. Пациенты из контрольной группы получали обычное медицинское лечение и обычный уход.

Результаты различались в зависимости от формы и течения основного заболевания, но, в целом, в исследуемой группе выраженность улучшений превышала таковую в контрольной группе. В исследуемой группе наблюдалось более выраженное снижение негативного аффекта, более реалистичные ожидания, большая повседневная активность и большая частота возвращения к работе после госпитализации.

Исследование показало эффективность и целесообразность данного многоаспектного психосоциального лечения, однако оставило открытым множество вопросов относительно вклада и механизмов воздействия каждого из компонентов.

Данная стратегия отвечает, таким образом, на вопрос «Работает ли это?» в приложении к конкретной клинической проблеме и в конкретной выборке пациентов.

В клинической практике эта стратегия имеет значение как первая стадия испытаний, после положительного прохождения которой можно решать следующие вопросы: как эта техника работает, как ее можно улучшить, и сравнение ее эффективности с другими видами лечения.

Уже при решении такого, относительно просто сформулированного вопроса (есть ли эффект от применяемого лечения?) обнаружились многочисленные методические трудности исследований психотерапии. Во многом они касались подбора групп, как исследуемых, так и контрольных. Эти данные (чистота контрольной группы и ее соответствие основной) во многом определяют получаемый показатель терапевтического эффекта. Отмечается, что люди, пребывающие в дистрессе, не склонны пассивно ожидать окончания эксперимента. Они действуют, пытаясь облегчить свои страдания. Исследование Veroff, Kulka и Douvan (1981), охватывающее период с 1957 по 1976 годы, отмечает впечатляющий рост средств и методов самопомощи вне стен официальных учреждений психического здоровья. Так, было обнаружено, что в выборке 1976 года от 20 до 38% людей, которые признали себя готовыми к получению профессиональной помощи, также находятся в поиске информационной помощи. Обсуждалась возможность использования контрольных групп плацебо в исследованиях психотерапии, и было обнаружено, что группы, получающие плацебо, подвергаются так называемому общему фактору, присущему терапевтическому воздействию. Таким образом, результаты многих исследований оказались не отражающими реальной картины.

*Dismantling Treatment Strategy, или
Стратегия оценки вклада отдельных методов
воздействия в общий эффект лечения*

Данная стратегия предполагает анализ отдельных компонентов терапевтического воздействия. После того, как «пакет» показал свою эффективность, исследователь изучает вклад отдельных компонентов в общее изменение. В этом случае одна из групп получает полный пакет интервенций, а другие, сравнительные — тот же пакет за исключением того или иного компонента.

Такого рода исследования имеют как практическое (каким образом можно повысить эффективность лечения), так и теоретическое значение (механизмы воздействия).

Примером может служить исследование N.Jacobson (*Jacobson*, 1984) супружеской психотерапии пар, живущих отдельно. Лечение включало два компонента: ориентированное на поведенческие изменения и на развитие коммуникативных навыков решения проблем. Пациенты были разделены на три группы: полный пакет и каждый компонент по отдельности. После 12-16 недель лечения все три группы отличались от контрольной (лист ожидания). Между собой группы не различались по удовлетворенности браком, но слегка различались по изменениям в поведении. При этом сразу после лечения группы, получавшие отдельные компоненты, по эффективности не отличались от групп, получивших полный пакет. Важные различия проявились при катamnестическом обследовании спустя 6 месяцев. Группы «полный пакет» и «навыки решения проблем» достигли своих целей и сохранили улучшения в некоторых областях, в то время как в третьей группе поведенческие изменения «сошли на нет». Эти результаты предполагают особый, более значимый вклад навыков решения проблем в достижение терапевтического эффекта.

Данная стратегия требует выделения нескольких компонентов терапии, тщательно описанных и отличающихся друг от друга. Значительно облегчает такие исследования наличие теоретического обоснования, или объяснения механизма воздействия терапевтической техники. С другой стороны, такие исследования позволяют выдвигать обоснованные гипотезы относительно ключевых механизмов терапевтических изменений.

*Constructive Treatment Strategy, или
Стратегия оценки дополнительных методов лечения
в аспекте их значимости для возрастания эффекта*

Данная стратегия позволяет развивать «терапевтический пакет» путем добавления компонентов, которые могут повышать эффект лечения. Эта стратегия в определенном смысле противоположна предыдущей, и она отвечает на вопрос: «что можно добавить, чтобы сделать лечение более эффективным?». Предполагается, что некоторые интервенции могут повышать эффективность, и они должны быть интегрированы в общий пакет, а некоторые — нет, и они останутся неиспользованными.

Например, в работе M.Weissman и сотр. (*Weissman et al.*, 1979) так исследовалась сравнительная эффективность лечения депрессии при помощи amitриптилина, интерперсональной психотерапии, и комбинированного применения этих методов. Результаты свидетельствуют в пользу комбинированного применения.

Как и предыдущая, данная стратегия имеет значение для теоретического обоснования лечения. Так, в описанном выше исследовании было показано, что медикаментозное лечение и интерперсональная психотерапия адресованы к разным дисфункциям, возникающим при депрессии, и потому их комбинированное применение повышает эффективность лечения. Этому было получено эмпирическое доказательство, что является важным, т.к. далеко не всегда добавление новых интервенций приводит к значимому улучшению результатов терапии.

*Parametric Treatment Strategy, или
Стратегия оценки роли отдельных параметров воздействия*

Данная стратегия предполагает варьирование определенными параметрами отдельной техники с целью повышения эффективности ее применения и поиска оптимального способа применения этой техники. В параметрических исследованиях используются обычно количественно измеряемые вариации применяемого метода лечения.

Примером могут служить исследования техники экспозиции при лечении агорафобии (*Stern, Marks, 1973*) и обсессивно-компульсивных расстройств (*Rabavilas, Boulougouris, Stefanis, 1976*), в которых было показано, что большей эффективностью обладает более длительная экспозиция по сравнению с короткой, и экспозиция реальная, по сравнению с воображаемой. В этих исследованиях были выделены две характеристики, манипулирование которыми позволяет влиять на результат лечения.

3.2. Сравнение разных школ психотерапии, поиск общего и специфичного

*Comparative Treatment Strategy, или
Стратегия сравнения эффективности отдельных подходов*

В рамках этой стратегии происходит сравнение эффективности двух или более терапевтических методов, и решается вопрос — какой из альтернативных видов лечения более предпочтителен для решения конкретной клинической проблемы. В последнее время эта стратегия становится все более популярной, что связано с широким кругом вопросов, которые возникают при сравнении различных техник (так, например, сравниваемые подходы к лечению некоторых расстройств могут базироваться на противоположных или значительно различающихся теоретических основаниях).

В эти годы ведутся активные исследования по сравнению эффективности различных школ психотерапии. В первую очередь это касается сравнения так называемых «вербальных» видов терапии (то есть психодинамической и гуманистической) с бихевиоральной и когни-

тивной терапией. В первую очередь необходимо упомянуть широко известное исследование Luborsky, Singer и Luborsky (1975), в результате которого статистически значимой разницы в эффективности различных подходов обнаружено не было¹. При использовании метааналитической технологии обобщения результатов разных исследований были получены противоречивые данные: от отсутствия различий в эффективности (Smith et al., 1980), до признания пусть незначительного, но стойкого преимущества когнитивных и бихевиоральных подходов над традиционными вербальными и ориентированными на отношения подходами (Shapiro, Shapiro, 1982; Nicholson, Berman, 1983; Dush, Hirt, Schroeder, 1983; Miller, Berman, 1983). Подобные результаты некоторые авторы связывают с несовершенством исследовательских процедур и тем фактом, что эти исследования проводились либо самими когнитивными терапевтами, либо «лояльными» по отношению к когнитивной психотерапии исследователями.

Проводилось сравнение эффективности психотерапии с результатами обычного медикаментозного лечения.

Например, в исследовании G. Paul и R. Lentz (Paul, Lentz, 1977) проводилось сравнение эффективности социального научения (social learning) и терапии средой с эффектом обычного больничного лечения у пациентов с хроническими психозами. В рамках программы социального научения за посещение групповых занятий, за поведение самообслуживания, за активное общение пациенты получали жетоны, которые они могли обменять на различные вознаграждения. В рамках терапии средой пациенты участвовали в жизни отделения, регламентации и управлении, стимулировании общения и ответственности. Персонал предлагал пациентам активную роль в решении групповых проблем и принятии групповых решений. Остальные пациенты получали обычное лечение без перечисленных активных интервенций. В результате пациенты из обеих групп, участвовавшие в программах, лучше адаптировались в больнице, были более активны, сокращался срок госпитализации.

В другом исследовании A. Rush, A. Beck, M. Kovacs, S. Hollon (1977) проводилось сравнение эффективности фармакотерапии и когнитивной терапии при депрессиях. В группе фармакотерапии пациенты получали имипрамин, как наиболее широко применяющийся в то время препарат. Когнитивная терапия включала выявление и изменение дезадаптивных когнитивных процессов (интерпретаций, убеждений), которые приводили к депрессии. Оба вида лечения проводились в течение 12 недель.

¹ Исследователи вынесли следующий вердикт: «Каждый выиграл и всем положен приз».

Непосредственно по окончании лечения оба вида терапии показали значимую эффективность в отношении редукции симптомов депрессии, однако при катамнестическом обследовании спустя год было показано преимущество когнитивной терапии в плане устойчивости улучшений.

Подобные сравнительные исследования привлекли внимание ученых, т.к. в них конкурирующие техники были выведены на эмпирический уровень сравнения, и подняли ряд важных исследовательских вопросов: отчетливое разведение исследуемых техник, четкое соблюдение процедуры проведения, и, наконец, учет позиции исследователей, которым один из исследуемых методов может быть ближе или предпочтительнее. Так, например, в упомянутом исследовании A.Rush, A.Beck, M.Kovacs, S.Hollon (1977) при сравнении фармако- и когнитивной терапии, проведение медикаментозной терапии характеризовалось назначением доз, препаратов и длительности лечения, заведомо отличающихся от оптимальных (Garfield, Bergin, 1986). Определенный скептицизм в отношении того, могут ли в сравнительных исследованиях равным образом объективно быть представлены оба метода, поддерживается и результатами метааналитических обзоров. Эти данные свидетельствуют, что методы лечения, к которым исследователи более лояльны, обнаруживают лучший эффект по сравнению с методами, к которым у авторов работ нейтральное или оппозиционное отношение. Предполагается, что собственные методы проводятся более тщательно, с большим энтузиазмом, а также присутствует определенная тенденциозность в оценке результатов терапии.

Тем не менее, сравнительные исследования имеют большую ценность, т.к. в конечном счете ведут к пониманию того, при каком расстройстве какой вид лечения предпочтителен. Проблема состоит скорее в том, что различные техники начинают сравниваться раньше, чем они будут хорошо изучены изолированно и будут ясно описаны механизмы их действия. Кроме того, сравниваться могут не самые оптимальные подходы к лечению того или иного расстройства, что снижает ценность результатов.

3.3. Исследования общего фактора для разных видов психотерапии

*Process Research Strategy, или
Стратегия исследования процесса психотерапии*

Эти исследования стоят несколько в стороне от исследований эффективности, т.к. здесь в центре внимания находятся сам процесс терапии и такие его характеристики, как особенности взаимодействия

между терапевтом и клиентом, типы трансакций и их внутреннее влияние на поведение терапевта и клиента (*Orlinsky, Howard, 1978*).

Хотя эти характеристики могут влиять на результат терапии, они исследуются обычно независимо от оценок эффекта лечения. Так, в рамках исследования процесса терапии могут измеряться различные характеристики (эмоциональные, когнитивные, поведенческие), которые могут иметь собственное клиническое значение, а могут быть весьма отдаленно связанными с эффектом терапии. Так, например, был выделен параметр «вовлеченность пациента» во время сессии и показана его роль как предиктора эффективности терапии, а дальнейшие исследования были направлены на изучение «вовлеченности» как одного из механизмов терапевтических изменений.

Ценность таких исследований состоит в том, что они подводят теоретическое обоснование под применяемые техники, а также позволяют их операционализировать.

*Client and Therapist Variation Strategy, или
Стратегия исследования характеристик терапевта и клиента*

Объектом всех предыдущих стратегий был процесс терапии, как главный фактор успеха/неуспеха лечения. Однако эффективность лечения при использовании самых разных техник может сильно варьировать в зависимости от особенностей клиента и терапевта.

Исследования обычно сосредотачиваются вокруг таких характеристик клиентов, как пол, возраст, социоэкономический статус, тяжесть заболевания, образование, личностные характеристики и т.д. Исследование Н. Strupp (1980) обращает внимание на вклад пациента в установление прочного рабочего альянса, связывая успехи в лечении с такими факторами, как эго-организация, степень зрелости, мотивация, способность принимать помощь, опыт интерперсональных отношений пациента.

Несмотря на то, что сами психотерапевты придают большое значение разнице между подходом, которому они принадлежат (к которому они себя относят) и другими видами психотерапии, большую роль в достижении изменений играют общие для всех видов психотерапий факторы, такие, как поддержка, одобрение, мягкая форма суггестии, доверие, внимание психотерапевта, ожидание и потребность в достижении улучшения. Среди этих факторов больше всего изучались эмпатия, уважение к пациенту, теплота и конгруэнтность психотерапевта, которые в клиент-центрированной психотерапии называются «необходимыми и достаточными».

В эти годы также проводились исследования, изучающие связь личностных характеристик терапевта с эффективностью терапии. Так,

Logg (1965) показал, что такие качества терапевта, как понимание и принятие, показывают наиболее высокую корреляцию с улучшением в состоянии пациента. Сами пациенты также часто приписывают заслугу за успех терапии личным качествам терапевта. Например, Lazarus (1971) обнаружил, что пациенты связывали с достигнутым успехом такие характеристики психотерапевта, как чувствительность, доброту и честность. Этим качествам терапевта они придавали большее значение, чем техникам, которыми он пользовался.

Проводились сравнительные исследования эффективности профессиональных и непрофессиональных, опытных и неопытных терапевтов с целью обнаружить разницу между профессиональной помощью и теплым дружеским участием и мудрым советом. В ходе этих исследований были получены противоречащие друг другу результаты, говорящие как в пользу опытных профессиональных терапевтов (*Bergin, Lambert, 1978; Durlak, 1979*), так и свидетельствующие о незначительном влиянии опыта терапевта на эффективность лечения (*Auerbach, Johnson, 1977; Quality Assurance Project, 1982; Shapiro, Shapiro, 1983; Smith et al., 1980*).

Одно из исследований того периода заключалось в сравнении эффективности профессиональных психотерапевтов и преподавателей колледжа (*Strupp, Hadley, 1978*). Сравнивались результаты терапии 15 студентов колледжа профессиональными терапевтами, и «терапии» 15 пациентов со схожими проблемами, осуществленной преподавателями колледжа, которые пользовались популярностью среди студентов. Результаты оценивались по шести показателям: шкалы ММРІ, оценка пациентом, терапевтом и клиницистом изменений в проблемной области, самоотчет пациента, экспертная оценка по клиническим шкалам. По сравнению с контрольной, обе группы показали значимое улучшение по первым четырем показателям, однако по оставшимся двум показателям значимо отличалась от контрольной группы только группа, проходящая психотерапию у профессиональных терапевтов.

Не существует данных об эффективности каждого конкретного психотерапевта, подобные данные скрыты при сравнении различных техник. Если же мы сравним результаты каждого терапевта, как мы это делаем в отношении техник, мы можем обнаружить значительную разницу в эффективности. Предполагается, что одни терапевты достигают значительных позитивных результатов, другие — скромных, тогда как незначительная часть терапевтов причиняют вред.

Так, в исследовании D.Orlinsky и K.Howard (1980) изучались результаты терапии 143 женщин, которые прошли курс терапии у 23 «вербаль-

ных» терапевтов. У пациентов, проходивших лечение у 6 психотерапевтов, улучшение наступило, по крайней мере, в 70% случаев и не было ни одного случая ухудшения. В целом, 84% пациентов этих терапевтов стало лучше. У других 5 из 23 терапевтов улучшение в состоянии их пациентов наступило лишь в 50% случаев и меньше, тогда как 10% пациентов стало хуже (в среднем, 44% пациентов стало лучше). Дальнейший анализ показал, что опытные терапевты добивались лучших результатов, а также, что в выборке женщин, больных шизофренией, улучшение наступало у 89% при терапии, осуществляемой терапевтами женского пола, и только у 43% в случаях, когда терапевт был мужчиной. Эти данные показывают, насколько прогресс в ходе психотерапии может варьироваться в результате факторов, связанных с психотерапевтом.

В исследовании эффективности бихевиоральной терапии злоупотребляющих алкоголем (*Miller, Taylor, West, 1980*) был обнаружен большой разброс личной эффективности психотерапевта — от 25 до 100% (показатели эффективности коррелировали с уровнем эмпатии терапевтов). Кроме личных качеств психотерапевта, в достижении позитивных изменений важную роль играет степень владения психотерапевтическими техниками. Была также обнаружена негативная корреляция между личными трудностями терапевта и прогрессом пациента (*Beutler, Crago, Arizmendi, 1986; Parloff, Waskow, Wolfe, 1978*). D.Orlinsky (1985) предположил, что не существует «хороших» и «плохих» терапевтов в абсолютном смысле этих слов, что терапевты со скромными результатами лечения одних случаев могут быть очень эффективны в терапии других групп пациентов.

В эти годы внимание исследователей привлекает еще один аспект действия психотерапии — так называемый негативный эффект, то есть те случаи, когда состояние пациента ухудшилось после прохождения курса психотерапии. Выявить этот эффект позволили исследования, в которых при сравнении экспериментальной (состоящей из пациентов, прошедших психотерапию) и контрольной групп обнаружилось, что экспериментальная группа отличается от контрольной как в сторону улучшения состояния, так и в сторону ухудшения (*Bergin, 1966, 1971*). Strupp, Hadley и Gomes-Schwartz (1977) предложили заменить термин «эффект ухудшения» на «негативный эффект» для обозначения ухудшения состояния пациента в результате психотерапии. Предлагался также термин «негативный результат», при этом отрицалась связь между деятельностью психотерапевта и ухудшением пациента, т.е. вопрос о том, вызвано ли ухудшение непосредственно самой психотерапией, оставался дискуссионным.

Исследования негативного эффекта касались следующих аспектов:

- 1) Распространенности негативного эффекта. Различные исследователи приводят разные цифры: от 6-7% (*Orlinsky, Howard*, 1980) до 11,3% (*Shapiro, Shapiro*, 1982).
- 2) Риска возникновения негативного эффекта различных видов психотерапии при разных видах психической патологии. Так, выяснилось, что в отношении более нарушенных пациентов динамическая терапия связана с большим риском, нежели недирективная или бихевиоральная терапия. Некоторые техники бихевиоральной терапии (аверзивные и связанные с контролем окружения) также характеризуются более частым возникновением негативного эффекта (*Bergin, Lambert*, 1978), однако данные того периода еще недостаточно систематизированы.
- 3) Выделения терапевтических факторов, вызывающих негативный эффект. Исследования выявили характеристики пациентов, которые коррелировали с негативным эффектом: диагноз пациентов и тяжесть нарушений, в особенности при прохождении курса вскрывающей терапии (бросающей вызов, разрушающей привычные копинг-стратегии и защиты), а также наличие психотического и пограничного уровня организации личности (*Fairweather et al.*, 1960; *Feighner, Brown, Oliver*, 1973; *Horwitz*, 1974; *Weber, Elinson, Moss*, 1965). Исследования *Lieberman et al.* (1973) и *O. Kernberg* (1973) свидетельствуют о том, что низкое качество интерперсональных отношений является плохим прогностическим признаком, а в сочетании с низкой толерантностью к тревоге и низкой мотивацией служит предиктором низкой эффективности психоаналитической терапии.

Исследовались также характеристики терапевта, связанные с риском негативного эффекта. Было обнаружено, что нетерпеливый и авторитарный стиль ведущих группы является предиктором негативного эффекта групповой психотерапии (*Yalom, Lieberman*, 1971). Для изучения такого явления как злоупотребления со стороны психотерапевтов используется метод «исследование самоотчетов пациентов». Одним из наиболее тщательных исследований того времени, направленных на изучение факторов, приводящих к негативному эффекту, является исследование *Sachs* (1983), в котором были выявлены так называемые негативные индикаторы интеракций между пациентом и терапевтом в течение первых терапевтических сессий.

3.4. Разработка методик, позволяющих оценить эффективность психотерапии

Успехи в области изучения эффективности психотерапии напрямую зависят от умения измерить эффекты от лечения. Несмотря на то, что разного рода количественные измерения являются центральным элементом всякого эмпирического знания, ранним попыткам измерения достигнутых в ходе психотерапии успехов недоставало научной строгости. Методики оценки психотерапии зачастую отражают то теоретическое направление, которое доминирует в данный момент времени. Так, ранние исследования опирались на данные проективных методик (тест Роршаха, ТАТ, метод незаконченных предложений). Проблемы, связанные с психометрическими качествами этих тестов, недостаток доверия к выводам, полученным в результате этих тестов, и направленность на бессознательные процессы привели к тому, что их перестали использовать в качестве средства оценки. В результате проективные методики уступают дорогу другим средствам оценки, берущим свое начало в иных теориях. Так, например, основным методом, позволяющим оценить успехи клиент-центрированной психотерапии, становится Q-тест.

В свою очередь, на смену этим методикам приходят методики, не связанные с определенными теоретическими направлениями, такими, как симптоматические шкалы и прямое наблюдение за поведением, подвергающимся модификации. При том, что методики, направленные на выявление изменений в симптоматической и социальной области, вызывают большой интерес, в то же время растет разочарование в исключительно поведенческих средствах оценки (*behavioral assessment*). Процедуры оценки изменений усложняются, их связь со стандартизированными инструментами становится теснее. В целом выделяют следующие аспекты, на которые необходимо опираться при выборе инструментов для оценки эффективности (*Bergin, Lambert, 1986*):

- 1) Необходимость многосторонней оценки, т.к. изменения в процессе психотерапии затрагивают несколько областей.
- 2) Необходимость осмысленной концептуальной схемы при выборе диагностических инструментов.
- 3) Необходимость тщательной разработки и осторожного применения индивидуализированных критериев оценки результата.
- 4) Инструменты для оценки изменений должны предоставлять клинически значимые данные.

К описываемому периоду относится быстрый рост числа диагностических инструментов, который включает в себя: расширение облас-

тей исследования изменений в ходе психотерапии (клиническая симптоматика, социальная адаптация, личностные характеристики, качество жизни и др.) и круга лиц, осуществляющих экспертные оценки.

4. Период консолидации методологии исследований и переформулирования прежних выводов (1984 — н.в.)

Начало нового периода исследований эффективности психотерапии связано с так называемой «маленькой революцией» в сфере обучения психотерапии (*Luborsky, DeRubeis, 1984*) — появляются *руководства по психотерапии*, благодаря которым становится возможным:

- стандартизация предлагаемого лечения;
- обеспечение метода обучения психотерапевтов;
- разработка шкал, позволяющих оценить, должным ли образом осуществляется терапия;
- отделение общих факторов от специфических, присущих данному конкретному методу.

Таким образом, на первый план выходит исследовательский принцип «ученый — практик» и модель научно-обоснованного (эмпирически подтвержденного) лечения. Принцип «ученый — практик» подразумевает тщательную операционализацию исследуемого вида лечения, так, чтобы, освоив соответствующее руководство, каждый психотерапевт-практик действовал тем же образом, что и терапевты, принимавшие участие в исследовании, чтобы ход лечения соответствовал предлагаемому.

Для более наглядной характеристики этого периода мы приводим исследование I.Elkin с соавторами (1985), которое стало в известном смысле классическим образцом проведения исследований эффективности в плане различных требований к его организации. Результаты этого исследования позднее были оспорены и не подтверждаются последними данными метаанализов, однако его дизайн весьма показателен и хорошо характеризует период консолидации или становления общепринятых норм в проведении исследований эффективности, которую Д.Орлинский назвал общей парадигмой для проведения подобных исследований. Ниже приводится подробное описание этого исследования по соответствующей статье (*Elkin, Parloff, Hadley, Autry, 1985*).

Коллаборативная исследовательская программа Национального института психического здоровья США поражает воображение масштабом организации исследования. Стимулом для этого проекта послужили трудности сравнения и интеграции данных различных исследований по таким параметрам, как характеристики выборки пациентов, сущность и контекст интервенций, критерии и способы оценки результативности. Подход к решению этих проблем — проведение скоординированной груп-

пы исследований, при которых каждый сотрудничающий исследователь следует общепринятому протоколу и использует стандартизированные методы для описания и оценки проблемного поведения, подлежащего лечению, характеристик лечебных интервенций и природы и стабильности достигнутых пациентом изменений. На этой основе NIMH инициировал данную программу в июле 1980г.

Целью проекта было исследование двух форм краткосрочной психотерапии (по сравнению с обычным фармакологическим лечением), специализированных для нужд амбулаторных депрессивных пациентов. На основе экспертной работы по изучению исследований эффективности сотрудники NIMH выбрали интерперсональную (ИПТ) и когнитивно-бихевиоральную психотерапию (КБТ).

Исследование включало две фазы — пилотажную и основную.

Задачей пилотажной фазы был тренинг специалистов.

В первоначальную обучающую программу были включены 27 специалистов, по 9 в трех исследовательских точках (3 КБТ психотерапевта, 3 — ИПТ, 3 — психофармакотерапевта).

Критерии выбора специалистов: 1) стаж не менее 2 лет полной клинической занятости по завершении профессиональной подготовки; 2) опыт излечения не менее 10 депрессивных пациентов; 3) наличие специальной подготовки, а также особого интереса и преданности терапевтическому подходу, которому им предстоит обучаться. Организаторы также оценивали кандидатов по общей клинической компетентности, послужному списку и рекомендациям.

Каждая тренинговая программа включала первичные интенсивные дидактические занятия, длительность которых варьировала от 2 дней для фармакотерапевтов до 2 недель для КБТ терапевтов. КБТ терапевты проходили обучения в Центре когнитивной терапии Бека в Филадельфии у д-ра Бека и его сотрудников. ИПТ терапевты проходили обучение в группе д-ра Вейсман.

Затем в течение 12-19 месяцев обучающиеся кандидаты осуществляли лечение 3-4 пациентов и проходили супервизию у сотрудников обучающих групп. Все супервизии включали рассмотрение видеозаписей и телефонные конференции между терапевтом и супервизором-тренером.

По завершении периода практики все обучающиеся проходили процедуру оценки. В результате были сертифицированы 22 терапевта (85% от изначальных 27), т.е. были признаны в качестве компетентных участников проекта по изучению эффективности психотерапии.

Основное исследование проводилось в трех исследовательских центрах — Университете Джорджа Вашингтона (г. Вашингтон), Университете Питсбурга, Университете Оклахомы (Оклахома Сити). Изучались 4 формы лечения:

- 1) КБТ;
- 2) ИПТ;
- 3) Стандартное лечение — имипрамин + клиническое ведение;
- 4) Контроль — лекарственное плацебо + клиническое ведение (pill placebo).

Длительность лечения во всех 4 подходах составляла 16 недель.

Диагностическая оценка депрессивной симптоматики, общего функционирования и других параметров, связанных с использованием специальных терапий, производились в следующих точках: до начала лечения, 4, 8, 12, 16 неделя, а также через 6, 12 и 18 месяцев — собирались катamnестические сведения.

Оценки собирались со слов пациентов, терапевтов, независимых клинических экспертов, и где это было возможно — значимых людей из окружения больного.

Клинические эксперты — клинические психологи, уровня PhD, были слепыми относительно того, какую форму лечения проходил больной, им не говорили о том, с кем работал пациент, а пациентам была дана инструкция не говорить о том, какую терапию они получали.

Использовалось большое количество (около 20) специальных диагностических инструментов (опросников), доказавших свою надежность и валидность.

Перед началом отбора пациентов был произведен power analysis для оценки величины необходимой выборки. Было установлено число 240, необходимое, чтобы зафиксировать различия между группами около 5 пунктов (SD) по шкале Гамильтона и 7 пунктов по шкале депрессии Бека.

Пациенты должны были соответствовать критериям Отчетливого большого депрессивного расстройства, с длительностью симптоматики не менее двух недель, и тяжестью состояния не менее 14 баллов по 17-пунктовой шкале Гамильтона.

Критерии исключения: дополнительные психические расстройства — биполярное расстройство, паническое расстройство, алкоголизм, наркомания, антисоциальное личностное расстройство, синдром Брике, два или более признака шизофрении, наследственная отягощенность по шизофрении, наличие медицинских противопоказаний по медикаментозному лечению.

В ходе терапии тренеры отслеживали сессии по видеозаписям с целью устранить отклонения от протокола и сохранить интегрированность воздействий. Проводилась ежемесячная групповая супервизия с участниками проекта.

По КБТ пациенты получали 12 сеансов в течение первых 8 недель лечения, затем 8 сеансов еженедельных — в целом 20 сеансов.

По ИПТ пациенты получали 16 еженедельных сеансов и имели выбор пройти дополнительных 4 сеанса — в целом от 16 до 20.

Пациенты двух других групп имели 16 еженедельных встреч с врачами с 1-2 дополнительными.

Результаты:

В общей выборке пациентов при первичном анализе стало очевидным, что нет никаких свидетельств в пользу большей эффективности какой-либо формы психотерапии, по сравнению с другой. Также нет никаких свидетельств в пользу того, что психотерапевтическое лечение значительно менее эффективно, чем т.н. стандартная терапия (имипрамин + клиническое ведение). При всех видах проводимого лечения (включая плацебо + клиническое ведение) был зарегистрирован значимый позитивный сдвиг в состоянии пациентов от исходной точки к концу исследования. При сравнении каждой формы психотерапии с плацебо с минимальной поддерживающей терапией были ограниченные свидетельства в пользу специфичной эффективности ИПТ. Данные в пользу специфической эффективности КБТ отсутствуют. В целом, результаты двух психотерапий попадают в интервал между результатами лечения «трициклический антидепрессант + клиническое ведение» и «плацебо + клиническое ведение», не будучи при этом значительно менее эффективными, чем медикаментозное лечение, ни существенно более эффективными, чем плацебо. В целом, их результаты все же были ближе к результативности медикаментозного лечения, чем плацебо.

Вторичный анализ проводился для выборки пациентов, дихотомизированной по критерию тяжести исходного состояния, который оказался очень существенным. Для пациентов с менее тяжелым состоянием не было получено данных о специфической эффективности какой-либо формы лечения и их преимуществах, по сравнению с плацебо + клиническое ведение. Тем не менее, были получены данные, свидетельствующие о большей эффективности активных форм терапии для пациентов с исходно более тяжелым депрессивным состоянием и с большими функциональными нарушениями. Здесь максимальную эффективность продемонстрировало лечение имипрамином в сочетании с клиническим ведением. Плацебо в сочетании с минимальной поддерживающей терапией показало плохие результаты, результативность двух форм психотерапии попала посередине этого интервала. Результативность ИПТ была несколько выше, чем результативность КБТ, так что именно ИПТ была эффективнее, чем плацебо по показателю редуцирования симптомов депрессии. Наиболее интересные результаты, зарегистрированные в ремиссии, оказались в том, что ИПТ и лечение имипрамином дали лучшие результаты, чем плацебо.

Другим, не менее важным обстоятельством, приведшим к значительному изменению дизайна исследований психотерапии, явилось создание в 80-е годы прошлого столетия специальной технологии, получившей название доказательной медицины («evidence based

medicine»). Ее теоретическая основа — клиническая эпидемиология. Она решает клинические вопросы на основе эпидемиологического подхода (масштабного опыта аналогичных вмешательств на других пациентах), и позволяет отделить достоверные исследования от недостоверных.

Тремя «китами» достоверности являются: случайная слепая выборка испытуемых в группы сравнения (слепая рандомизация); достаточная величина выборки; слепой контроль (в идеале тройной). Достоверные исследования свободны от так называемых систематических ошибок (возникающих от неправильной организации исследования), в отличие от часто употребляемого термина статистической достоверности ($p < . .$), который позволяет учесть лишь случайные ошибки.

Золотым стандартом процедуры проверки эффективности вмешательств стали рандомизированные контролируемые испытания (РКИ), (randomized controlled trial, RCT). Необходимость «слепой» рандомизации диктуется задачей устранения ошибки, связанной с неизбежностью субъективности оценки результата лечения. Рандомизация решает проблему разнообразия испытуемых, обеспечивая возможность переноса полученных результатов. Необходимую численность выборки (без которой рандомизация может не давать требуемого разнообразия) обеспечивает процедура метаанализа — статистического обобщения многих РКИ на одну и ту же тему. Форма, в которой обычно представляется метаанализ, называется систематический обзор (СО). Такое название подразумевает, что по мере появления новых данных на ту же тему обзор систематически обновляется его создателями.

Метаанализ в современном представлении является особой формой интеграции результатов, полученных разными учеными, при условии, что они придерживаются общих методических требований к дизайну исследования (общие характеристики изучаемого метода терапии, критерии отбора пациентов, используемые диагностические инструменты). При соблюдении этих условий данные могут быть объединены при помощи особой статистической процедуры, которая называется определение «силы эффекта» (effect size). Ее целью является усреднение результатов нескольких исследований (независимо от размера выборок в каждом) для получения общего индекса эффекта.

Первое метааналитическое (в строгом понимании методологии проведения) исследование в психотерапии относится к 1980г. (Smith, Glass, Miller, 1980). Более ранние обзоры, хотя и называются иногда метааналитическими, представляют собой другую процедуру обобщения результатов исследований.

Кратко обобщая тенденции современного этапа исследований эффективности психотерапии, следует подчеркнуть возрастающее давление служб здравоохранения и страховых компаний; преимущественное внимание к тонким оценкам различных форм психотерапии (главным образом, краткосрочной), проблемам интеграции разных форм психотерапии; приложение методологии доказательной медицины; и, по-прежнему, — противоречивость оценок, получаемых в разных исследованиях.

ЛИТЕРАТУРА

- Айзенк Г.Дж.* Сорок лет спустя: новый взгляд на проблемы эффективности в психотерапии // Психологический журнал. 1994. Т. 14. № 4. С. 3—19.
- Власов В.В.* Введение в доказательную медицину. М., 2001. 392с.
- Калмыкова Е.С., Кэхеле Х.* Изучение психотерапии за рубежом: история, современное состояние // Журнал практической психологии и психоанализа. 2000. № 1.
- Лаутербач В.* Эффективность психотерапии: критерии и результаты оценки // Психотерапия: От теории к практике. Материалы I съезда Российской Психотерапевтической Ассоциации. СПб.: Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, 1995. С. 28—41.
- Тукаев Р.Д.* Оценка эффективности психотерапии с позиции медицины, основанной на доказательствах // Социальная и клиническая психиатрия. 2004. № 1. С. 87—96.
- Auerbach A.H., Johnson M.* Research on the therapist's level of experience // A.S. Gurman, A.M. Razin (Eds.). Effective psychotherapy: A hand-book of research. N.Y.: Pergamon Press, 1977. P. 84—102.
- Bergin A.E.* Some implications of psychotherapy research for the therapeutic practice // Journal of Abnormal Psychology. 1966. Vol. 71. P. 235—246.
- Bergin A.E.* The evaluation of therapeutic outcomes // A.E. Bergin, S.L. Garfield (Eds.). Handbook of Psychotherapy and Behavior change. N.Y.: Wiley, 1971. P. 217—270.
- Bergin A.E., Lambert M.J.* The evaluation of therapeutic outcomes // S.L. Garfield, A.E. Bergin (Eds.): Handbook of Psychotherapy and Behavior change: An empirical analysis. N.Y., 1978.
- Berman J.S., Miller R.C., Massman P.J.* Cognitive therapy versus systematic desensitization: Is one treatment superior? // Psychological Bulletin. 1985. Vol. 97. P. 451—461.
- Beutler L.E., Crago M., Arizmend T.G.* Therapist variables in psychotherapy process and outcome // S.L. Garfield, A.E. Bergin (Eds.): Handbook of Psychotherapy and Behavior change. N.Y.: Wiley, 1986.
- Durlak J.A.* Comparative effectiveness of paraprofessional and professional helpers // Psychological Bulletin. 1979. Vol. 86. P. 80—92.

- Dush D.M., Hirt M.L., Schroeder H.* Self-statement modification with adults: A meta-analysis // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1983. Vol. 94. P. 408—422.
- Elkin I., Parloff M.B., Hadley S.W., Autry J.H.* NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. Background and Research plan // *Archives of General Psychiatry*. 1985. Vol. 42. P. 305—316.
- Eysenck H.J.* The effects of psychotherapy: An evaluation // *Journal of Consulting Psychology*. 1952. Vol. 16. P. 319—324.
- Fairweather G., Simon R., Gebhard M.E., Weingarten E., Holland J.L., Sanders R., Stone G.B., Reahl J.E.* Relative effectiveness of psychotherapeutic programs: A multicriteria comparison of four programs for three different patient groups. // *Psychological Monographs: General and Applied*. 1960. Vol. 74(492).
- Garfield S.L., Bergin A.E.* Introduction and historical overview // *Handbook of Psychotherapy and Behavior change*. 1986. P. 3—23.
- Gordon W.A., Freidenbergs I., Diller, L., Hibbard M., Wolf C., Levine L., Lipkins R., Ezrachi O., Lucido D.* Efficacy of psychosocial intervention with cancer patients // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1980. Vol. 48. P. 743—759.
- Grawe K., Donati R., Bernauer F. *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Hogrefe; Gottingen; Bern; Toronto; Seattle, 1994.
- Horwitz L.* *Clinical prediction in psychotherapy*. N.Y.: Jason Aronson, 1974.
- Jacobson N.S.* A component analysis of behavioral marital therapy: The relative effectiveness of behavior exchange and communication/problem-solving training // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1984. Vol. 52. P. 295—305.
- Jones M.C.* The elimination of children's fears // *Journal of Experimental Psychology*. 1924. Vol. 7. P. 383—390.
- Kazdin A.E.* Research Designs and Methodology // *Handbook of Psychotherapy and Behavior change*. 1986. P. 23—69.
- Kernberg O.F.* Summary and conclusion of «psychotherapy and psychoanalysis: Final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project» // *International Journal of Psychiatry*. 1973. Vol. 11. P. 62—77.
- Kernberg O.F., Bursteine E.D., Coyne L.* Psychotherapy and psychoanalysis. Final report of the Menninger Foundation // *Bull. of Menninger Clin*. 1972. Vol. 36. P. 3—275.
- Lambert M.J., Shapiro D.A., Bergin A.E.* The Effectiveness of Psychotherapy // *Handbook of Psychotherapy and Behavior change*. 1986. P. 157—213.
- Lazarus A.A.* *Behavior therapy and beyond*. N.Y.: McGraw-Hill, 1971.
- Lieberman M.A., Yalom I.D., Miles M.B.* *Encounter groups: First facts*. N.Y.: Basic Books, 1973.
- Lorr M.* Client perceptions of therapists // *Journal of Consulting Psychology*. 1965. Vol. 29. P. 146—149.
- Luborsky L., DeRubeis R.J.* The use of psychotherapy treatment manuals — a small revolution in psychotherapy research style // *Clinical Psychology review*. 1984. Vol. 4. P. 5—14.

- Luborsky L., Schimek J.* Psychoanalytic theories of therapeutic and developmental change: implications for assessment. *Personality change* / Eds. P. Worche, N. Byrne. N.Y.: Wiley, 1964.
- Luborsky L., Singer B., Luborsky L.* Comparative studies of psychotherapy // *Archives of General Psychiatry*. 1975. Vol. 32. P. 995—1008.
- Miller R.C., Berman J.S.* The efficacy of cognitive behavior therapies: A quantitative review of the research evidence // *Psychological Bulletin*. 1983. Vol. 94. P. 39—53.
- Miller W.R., Taylor C.A., West J.C.* Focused versus broad-spectrum behavior therapy for problem drinkers // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1980. Vol. 48. P. 590—601.
- Mowrer O. H., Mowrer W.* Enuresis: A method of its study and treatment // *American Journal of Orthopsychiatry*. 1938. Vol. 8. P. 436—459.
- Nicholson R.A., Berman J.S.* Is follow-up necessary in evaluating psychotherapy? // *Psychological Bulletin*. 1983. Vol. 93. P. 261-278.
- Orlinsky D.E., Howard K.I.* The relation of process to outcome in psychotherapy // S.L. Garfield, A.E. Bergin (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior change: An empirical analysis* (2 ed.). N.Y.: Wiley, 1978. P. 283—329.
- Orlinsky D.E., Howard K.I.* Gender and psychotherapeutic outcome // A.M. Brodsky, R.T. Hare-Mustin (Eds.): *Women and psychotherapy*. N.Y.: Guilford. 1980. P. 30—34.
- Parloff M.B., Waskow I.E., Wolfe B.E.* Research on therapist variables in relation to process and outcome // S.L. Garfield, A.E. Bergin (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior change*. N.Y.: Wiley, 1978.
- Paul G.L.* Outcome research in psychotherapy // *Journal of consulting psychology*. 1967. Vol. 31. P. 109—118.
- Paul G.L., Lentz R.J.* Psychosocial Treatment of chronic mental patients: Milieu versus social-learning program. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1977.
- Rabavilas A.D., Boulougouris J. C., Stefanis C.* Duration of flooding sessions in the treatment of obsessive-compulsive patients // *Behavior Research and Therapy*. 1976. Vol. 14. P. 349—355.
- Rioch M.J.* Pilot projects in training mental health counselors // E.L. Cowen, E.A. Gardner, M. Zax (Eds.): *Emergent approaches to mental health problems*. N.Y.: Appleton-Century-Crofts, 1967. P. 110—127.
- Rush A.J., Beck A.T., Kovacs M., Hollon S.* Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients // *Cognitive Therapy and Research*. 1977. Vol. 1. P. 17—38.
- Russell R.L., Orlinsky D.E.* Psychotherapy research in historical perspective // *Archives of General Psychiatry*. 1996. Vol. 53. N. 8.
- Sachs J.S.* Negative factors in brief psychotherapy: An empirical assessment // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1983. Vol. 51. P. 557—564.
- Shapiro D.A., Shapiro D.* Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A and assertion skills treatment of depression // *Behavior Therapy*. 1982. Vol. 10. P. 429—442.

- Shapiro D.A., Shapiro D.* Comparative therapy outcome research: Methodological implications of meta-analysis // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1983. Vol. 51. P. 42—53.
- Sloane R.B., Staples F.R., Cristol A.H., Yorkson N.J., Whipple K.* Psychotherapy versus behavior therapy. Cambridge, MA : Harvard University Press, 1975.
- Smith M.L., Glass G.V., Miller T.I.* The benefits of psychotherapy. Baltimore: John Hopkins University Press, 1980.
- Stern R., Marks I.M.* Brief and prolonged flooding // *Archives of General Psychiatry*. 1973. Vol. 28. P. 270—276.
- Strupp H.H.* Success and failure in time-limited psychotherapy: A systematic comparison of two cases — comparison 1 // *Arch. Of Gen Psychiatry*. 1980. Vol. 37. P. 595-603.
- Strupp H.H., Hadley S.W.* Specific versus nonspecific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome // *Archives of General Psychiatry*. 1978. Vol. 36. P. 125—1136.
- Strupp H.H., Hadley S.W., Gomes-Schwartz B.* Psychotherapy for better or worse. N.Y.: Jason Aronson, 1977.
- Veroff J., Kulka R.A., Douvan E.* Mental health in America. N.Y.: Basic Books, 1981.
- Wallerstein R.S.* Forty-two lives in treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy. N.Y.: Guilford, 1986.
- Wallerstein R.S.* The psychotherapy research projet (PRP) of the Menninger Foundation: An overview // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1989. Vol. 57. P. 95—205.
- Weissman M.M., Prusoff B.A., Dimascio A., Neu C., Goklaney M., Klerman G.L.* The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes // *American Journal of Psychiatry*. 1979. Vol.136 P. 555—558.
- Yalom I.D., Liberman M.A.* A study of encounter group casualties // *Archives of General Psychiatry*. 1971. Vol. 25. P. 16—30.

Academic research of therapy process and efficient: History and main topics

*O.D.Pugovkina,
I.V.Nikitina,
A.B.Holmogorova,
N.G.Garanjan*

The historical review of the researches on efficiency of psychotherapy is analysed. Two approaches to a periodization of these researchers are considered: Kalmykovej E.S., H.Kehele (2000), and Russell R.L., Orlinsky D.E. (1996). The most known researches are systematized according to the stages by Russell R.L., Orlinsky D.E. They are: the period of formation of a field of scientific researches (1927-1954); the period of search of a scientific support (1955 —

1969); the period of expansion of a field of researches and strengthening of their purposeful organization (1970 — 1983); and the period of consolidation of methodology of researches and reformulation of former conclusions (1984 — present). For each of these stages development of research methodology is described and the examples of concrete researches for each of strategy are given. The critical analysis of methodology of each stage is carried out. It is shown that the basic research questions are far from the definitive solutions.

Key-words: psychotherapy, psychotherapy efficiency, therapy efficiency factors, research methodologies in psychotherapy efficiency studies.

- Ajzenk G.* Dzh. Sorok let spustja: novyj vzgljad na problemy jeffektivnosti v psihoterapii // Psihologicheskij zhurnal. 1994. T. 14. № 4. S. 3—19.
- Vlasov V.V.* Vvedenie v dokazatel'nuju medicinu. M., 2001. 392s.
- Kalmykova E.S., Kjehele H.* Izuchenie psihoterapii za rubezhom: istorija, sovremennoe sostojanie // Zhurnal prakticheskij psihologii i psichoanaliza. 2000. № 1.
- Lauterbah B.* Jeffektivnost' psihoterapii: kriterii i rezul'taty ocenki // Psihoterapija: Ot teorii k praktike. Materialy I s'ezda Rossij-skoj Psihoterapevticheskij Associacii. — SPb.: Psihonevrologicheskogo instituta im. V.M. Behtereva, 1995. S. 28—41.
- Tukaev R.D.* Ocenka jeffektivnosti psihoterapii s pozicii medici-ny, osnovannoj na dokazatel'stvah. // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. 2004. № 1. S. 87—96.
- Auerbach A.H., Johnson M.* Research on the therapist's level of experience // A.S. Gurman, A.M. Razin (Eds.). Effective psychotherapy: A hand-book of research. N.Y.: Pergamon Press, 1977. P. 84—102.
- Bergin A.E.* Some implications of psychotherapy research for the therapeutic practice // Journal of Abnormal Psychology. 1966. Vol. 71. P. 235—246.
- Bergin A.E.* The evaluation of therapeutic outcomes // A.E. Bergin, S.L. Garfield (Eds.). Handbook of Psychotherapy and Behavior change. N.Y.: Wiley, 1971. P. 217—270.
- Bergin A.E., Lambert M.J.* The evaluation of therapeutic outcomes // S.L. Garfield, A.E. Bergin (Eds.): Handbook of Psychotherapy and Behavior change: An empirical analysis. N.Y., 1978.
- Berman J.S., Miller R.C., Massman P.J.* Cognitive therapy versus systematic desensitization: Is one treatment superior? // Psychological Bulletin. 1985. Vol. 97. P. 451—461.
- Beutler L.E., Crago M., Arizmend T.G.* Therapist variables in psychotherapy process and outcome // S.L. Garfield, A.E. Bergin (Eds.): Handbook of Psychotherapy and Behavior change. N.Y.: Wiley, 1986.
- Durlak J.A.* Comparative effectiveness of paraprofessional and professional helpers // Psychological Bulletin. 1979. Vol. 86. P. 80—92.
- Dush D.M., Hirt M.L., Schroeder H.* Self-statement modification with adults: A meta-analysis // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1983. Vol. 94. P. 408—422.

- Elkin I., Parloff M.B., Hadley S.W., Autry J.H.* NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. Background and Research plan // Archives of General Psychiatry. 1985. Vol. 42. P. 305—316.
- Eysenck H.J.* The effects of psychotherapy: An evaluation // Journal of Consulting Psychology. 1952. Vol. 16. P. 319—324.
- Fairweather G., Simon R., Gebhard M.E., Weingarten E., Holland J.L., Sanders R., Stone G.B., Reahl J.E.* Relative effectiveness of psychotherapeutic programs: A multicriteria comparison of four programs for three different patient groups // Psychological Monographs: General and Applied. 1960. Vol. 74(492).
- Garfield S.L., Bergin A.E.* Introduction and historical overview // In: Handbook of Psychotherapy and Behavior change. 1986. P. 3—23.
- Gordon W.A., Freidenbergs I., Diller, L., Hibbard M., Wolf C., Levine L., Lipkins R., Ezrachi O., Lucido D.* Efficacy of psychosocial intervention with cancer patients // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1980. Vol. 48. P. 743—759.
- Grawe K., Donati R., Bernauer F.* Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe; Gottingen; Bern; Toronto; Seattle, 1994.
- Horwitz L.* Clinical prediction in psychotherapy. N.Y.: Jason Aronson, 1974.
- Jacobson N.S.* A component analysis of behavioral marital therapy: The relative effectiveness of behavior exchange and communication/problem-solving training // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1984. Vol. 52. P. 295—305.
- Jones M.C.* The elimination of children's fears // Journal of Experimental Psychology. 1924. Vol. 7. P. 383—390.
- Kazdin A.E.* Research Designs and Methodology // Handbook of Psychotherapy and Behavior change. 1986. P. 23—69.
- Kernberg O.F.* Summary and conclusion of «psychotherapy and psychoanalysis: Final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project» // International Journal of Psychiatry. 1973. Vol. 11. P. 62—77.
- Kernberg O.F., Bursteine E.D., Coyne L.* Psychotherapy and psychoanalysis. Final report of the Menninger Foundation // Bull. of Menninger Clin. 1972. Vol. 36. P. 3—275.
- Lambert M.J., Shapiro D.A., Bergin A.E.* The Effectiveness of Psychotherapy // Handbook of Psychotherapy and Behavior change. 1986. P. 157—213.
- Lazarus A.A.* Behavior therapy and beyond. N.Y.: McGraw-Hill, 1971.
- Lieberman M.A., Yalom I.D., Miles M.B.* Encounter groups: First facts. N.Y.: Basic Books, 1973.
- Lorr M.* Client perceptions of therapists // Journal of Consulting Psychology. 1965. Vol. 29. P. 146—149.
- Luborsky L., DeRubeis R.J.* The use of psychotherapy treatment manuals — a small revolution in psychotherapy research style // Clinical Psychology review. 1984. Vol. 4. P. 5—14.
- Luborsky L., Schimek J.* Psychoanalytic theories of therapeutic and developmental change: implications for assessment. Personality change / Eds. P. Worche, N. Byrne. N.Y.: Wiley, 1964.

- Luborsky L., Singer B., Luborsky L.* Comparative studies of psychotherapy // Archives of General Psychiatry. 1975. Vol. 32. P. 995—1008.
- Miller R.C., Berman J.S.* The efficacy of cognitive behavior therapies: A quantitative review of the research evidence // Psychological Bulletin. 1983. Vol. 94. P. 39—53.
- Miller W.R., Taylor C.A., West J.C.* Focused versus broad-spectrum behavior therapy for problem drinkers // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1980. Vol. 48. P. 590—601.
- Mowrer O. H., Mowrer W.* Enuresis: A method of its study and treatment // American Journal of Orthopsychiatry. 1938. Vol. 8. P. 436—459.
- Nicholson R.A., Berman J.S.* Is follow-up necessary in evaluating psychotherapy? // Psychological Bulletin. 1983. Vol. 93. P. 261-278.
- Orlinsky D.E., Howard K.I.* The relation of process to outcome in psychotherapy. // S.L. Garfield, A.E. Bergin (Eds.): Handbook of Psychotherapy and Behavior change: An empirical analysis (2 ed.). N.Y.: Wiley, 1978. P. 283—329.
- Orlinsky D.E., Howard K.I.* Gender and psychotherapeutic outcome // A.M. Brodsky, R.T. Hare-Mustin (Eds.): Women and psychotherapy. N.Y.: Guilford. 1980. P. 30—34.
- Parloff M.B., Waskow I.E., Wolfe B.E.* Research on therapist variables in relation to process and outcome // S.L. Garfield, A.E. Bergin (Eds.): Handbook of Psychotherapy and Behavior change. N.Y.: Wiley, 1978.
- Paul G.L.* Outcome research in psychotherapy // Journal of consulting psychology. 1967. Vol. 31. P. 109—118.
- Paul G.L., Lentz R.J.* Psychosocial Treatment of chronic mental patients: Milieu versus social-learning program. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1977.
- Rabavilas A.D., Boulougouris J. C., Stefanis C.* Duration of flooding sessions in the treatment of obsessive-compulsive patients // Behavior Research and Therapy. 1976. Vol. 14. P. 349—355.
- Rioch M.J.* Pilot projects in training mental health counselors // E.L. Cowen, E.A. Gardner, M. Zax (Eds.): Emergent approaches to mental health problems. N.Y.: Appleton-Century-Crofts, 1967. P. 110—127.
- Rush A.J., Beck A.T., Kovacs M., Hollon S.* Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients // Cognitive Therapy and Research. 1977. Vol. 1. P. 17—38.
- Russell R.L., Orlinsky D.E.* Psychotherapy research in historical perspective // Archives of General Psychiatry. 1996. Vol. 53. N. 8.
- Sachs J.S.* Negative factors in brief psychotherapy: An empirical assessment // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1983. Vol. 51. P. 557—564.
- Shapiro D.A., Shapiro D.* Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A and assertion skills treatment of depression // Behavior Therapy. 1982. Vol. 10. P. 429—442.
- Shapiro D.A., Shapiro D.* Comparative therapy outcome research: Methodological implications of meta-analysis // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1983. Vol. 51. P. 42—53.

- Sloane R.B., Staples F.R., Cristol A.H., Yorkson N.J., Whipple K.* Psychotherapy versus behavior therapy. Cambridge, MA : Harvard University Press, 1975.
- Smith M.L., Glass G.V., Miller T.I.* The benefits of psychotherapy. Baltimore: John Hopkins University Press, 1980.
- Stern R., Marks I.M.* Brief and prolonged flooding // Archives of General Psychiatry. 1973. Vol. 28. P. 270—276.
- Strupp H.H.* Success and failure in time-limited psychotherapy: A systematic comparison of two cases — comparison 1 // Arch. Of Gen Psychiatry. 1980. Vol. 37. P. 595-603.
- Strupp H.H., Hadley S.W.* Specific versus nonspecific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome // Archives of General Psychiatry. 1978. Vol. 36. P. 125—1136.
- Strupp H.H., Hadley S.W., Gomes-Schwartz B.* Psychotherapy for better or worse. N.Y.: Jason Aronson, 1977.
- Veroff J., Kulka R.A., Douvan E.* Mental health in America. N.Y.: Basic Books, 1981.
- Wallerstein R.S.* Forty-two lives in treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy. N.Y.: Guilford, 1986.
- Wallerstein R.S.* The psychotherapy research projet (PRP) of the Menninger Foundation: An overview // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1989. Vol. 57. P. 95—205.
- Weissman M.M., Prusoff B.A., Dimascio A., Neu C., Goklaney M., Klerman G.L.* The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes // American Journal of Psychiatry. 1979. Vol.136 P. 555—558.
- Yalom I.D., Leiberman M.A.* A study of encounter group casualties // Archives of General Psychiatry. 1971. Vol. 25. P. 16—30.