

Психотерапия и её эффективность: история научного изучения и современное состояние проблемы

А.Б. Холмогорова, О.Д. Пуговкина

Московский НИИ психиатрии Росздрава

Психотерапия прошла долгий путь от первоначального неопределённого статуса «нового направления» в лечении психических расстройств в начале двадцатого столетия. Сегодня она представляет собой богатейшую область знаний, которая характеризуется развитием исследовательской методологии исследований и постоянным появлением новых направлений, которые во многом противостоят друг другу. Тем не менее, психотерапевтические техники и методы стали общепризнанной и неотъемлемой частью лечения и помощи при различных психических расстройствах и просто личных проблем людей.

Исследователи отмечают, что «...психотерапия находится в фокусе интереса не только специалистов, занятых непосредственно её проведением и исследованиями, но и многих других профессионалов. Она привлекает пристальное внимание средств масс-медиа, таких как телевидение, Интернет, и является основой модной в современном мире индустрии «самопомощи» и личностного роста» (M. Lambert, A. Bergin, S. Garfield, 2004, p. 3). С этим высоким интересом находится в противоречии тот факт, что научные исследования психотерапии, включая эмпирическую проверку её эффективности, мало освещаются. Интерес к ним, вне сомнения, связан с ростом общественного интереса к психотерапии.

«Основной» вопрос относительно эффективности психотерапии был сформулирован еще в 1967 г.: «Какой вид лечения, проводимый каким специалистом, является наиболее эффективным для конкретного пациента с его специфической проблемой и при каких условиях?» [39]. Развитие психиатрии, клинической психологии, психотерапии, показывает, что простой ответ на этот вопрос невозможен.

Были предприняты попытки представить историю исследований психотерапии в виде отдельных эпох, или периодов. Так, Х. Кэхеле (цит. по [2]) 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 30–70-е годы прошлого века. На этом этапе первостепенное значение имел вопрос об эффективности психотерапии вообще, независимо от конкретной её формы, диагноза пациентов и т. п. В 1952 г. была опубликована обзорная статья Г. Айзенка [11], в которой обобщался 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 обращается вновь к натуралистическим методам. Дизайн исследований вновь 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 [41], 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 каталогических данных за длительный период. К этому же периоду относятся первые описания методов психотерапии, основанные на принципах научения [24, 35]. К началу 40-х годов относится появление клиент-центрированной терапии К. Роджерса и его первые исследования изменений в процессе психотерапии и др.

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 всё большее количество психологов начинают практиковать психотерапию. 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), пройдя одно-двухгодичные курсы подготовки, стали выступать в роли психотерапевтов. Не все специалисты принимали идею таких сокращённых программ, и иногда этот вид обучения воспринимается как угроза классическому психотерапевтическому образованию (S. Garfield, A. Bergin, 1986). Однако исследования эффективности работы «парапрофессионалов» и профессиональных психотерапевтов (были получены противоречивые результаты, что не является редкостью для исследований психотерапии вообще) показали, что работа «парапрофес-

сионалов» нередко оказывалась сопоставима с работой их более высокообразованных коллег (S. Garfield, A. Bergin, 1986). В настоящее время эти результаты подвергнуты критике, так при их получении не соблюдался целый ряд важных условий. Современные данные указывают на важную роль опыта психотерапевта в успехе лечения.

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

В этот период происходит окончательное оформление основных психотерапевтических школ, и исследования принимают более формализованный и организованный характер. Однако, несмотря на все описанные тенденции до 1970 гг. психоанализ остаётся наиболее влиятельной формой психотерапии, имеющей большое число сторонников и солидную историю. Наиболее известное исследование этого периода – Меннингеровский проект, посвящённый эффективности долговременного психоанализа. Это исследование до сих пор является одним из самых трудоёмких и долгосрочных, и результаты его по сей день вызывают споры. Так, авторы полагают, что нашли доказательства в пользу эффективности долговременной раскрывающей психоаналитической терапии (Kernberg, Bursteine, Coyne и соавт., 1972), однако в дальнейшем приводились более сдержанные оценки результатов [17, 18], существенной критике подвергалась методология оценки результатов и общий дизайн исследования [1].

Другим примером исследований описываемого периода является 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, а также восемь лечебных факторов психотерапии (опыт переживания отношений поддержки, способность терапевта понимать и реагировать, возрастающее самопонимание пациента, уменьшение «навязчивости» межличностных конфликтов, способность пациента интернализировать достигнутое в ходе психотерапии, обретение пациентом большей терпимости по отношению к мыслям и чувствам, мотивация к изменению себя, способность терапевта предложить ясную, разумную и действенную технику) (Luborsky, Schimek, 1964).

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 учёных 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). Обсуждаются этические аспекты исследований психотерапии: растёт озабоченность тем, что использование контрольных групп пациентов и групп плацебо может быть несправедливым и даже вредным в отношении этих пациентов.

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 когнитивной. Широкую известность приобрело исследование Luborsky, Singer и Luborsky (1975), в результате которого статисти-

ски значимой разницы в эффективности разных подходов обнаружено не было (исследователи вынесли следующий вердикт: «Каждый выиграл и всем положен приз»). При использовании мета-аналитической технологии обобщения результатов разных исследований были получены противоречивые результаты: от отсутствия различий в эффективности [45] до признания пусть незначительного, но стойкого преимущества когнитивных и бихевиоральных подходов над традиционными вербальными и ориентированными на отношения подходами [44]. Расхождения в оценках традиционно связывают с несовершенством исследовательских процедур, обсуждаются также требования к объективности и точности регистрации и анализа данных.

4. Период консолидации методологии исследований и переформулирования прежних выводов (1984–).

Новая эпоха исследований связана с выходом первых руководств по психотерапии и возникновения 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 представления убедительных доказательств эффективности, связанные с интеграцией психотерапии в систему страховой медицинской помощи и ростом общественного интереса к психотерапии в целом.

У отечественных специалистов также заметно вырос интерес к оценке результатов применения разных методов, включая психологические [3–5]. Вместе с тем имеет место явный дефицит обобщающих обзоров современного состояния данной проблемы. В предлагаемой статье подводятся итоги научных исследований процесса психотерапии в аспекте её результатов в широком смысле (outcome) и её эффективности, в плане полезности достигаемых изменений в клиническом и экономическом плане (efficacy).

Наиболее полное описание и анализ итогов исследований в области психотерапии приводятся в последнем пятом издании известного руководства «Handbook of Psychotherapy and behavior change» под редакцией A. Bergin и S. Garfield [8]. Рассматривая исследования результатов и эффективности психотерапии в исторической перспективе, С. Hill и М. Lambert – авторы главы о методологии такого рода исследований – выделяют семь параметров, по которым происходило их развитие [20]. В таблице 1 в виде двух колонок представлены изменения по каждому параметру: от исторически первоначальных к современным.

Прокомментируем кратко каждый из выделенных пунктов.

1. Первые исследования 1930–1950 гг. опирались, в основном, на оценку и анализ самих терапевтов, проводивших лечение. Современные научные исследования отличает широкий список источников получения оценок: самоотчёт пациента, оценки терапевта и экспертов (слепых, непредвзятых, специально обученных), архивные и документальные записи (число визитов и т. п.), оценки людей из ближайшего окружения клиента и др.

2. Первоначально оценка результатов фокусировалась вокруг редукции симптомов заболевания. Позднее начинают оцениваться разнообразные изменения, важные для психического здоровья: личностные особенности, коммуникатив-

Таблица 1. История развития системы оценок результатов психотерапии [20]		
№	Первоначальные изменения	Современные изменения
1	Оценка самим терапевтом	Несколько источников оценки
2	Оценка одного общего сдвига	Оценка специфических изменений
3	Оценка однонаправленного сдвига	Исследование возможных случаев ухудшения состояния
4	Оценка по динамике одного фактора	Многофакторная оценка
5	Оценка результатов в рамках теории	Практическая оценка результатов психотерапии
6	Оценка изменений как априори стабильных (без специальной проверки)	Проверка стабильности достигнутых изменений
7	Нестандартизированные методики, свободные отчёты и художественные описания случаев	Движение к единому набору стандартизированных методик оценки

ные навыки, когнитивное функционирование, качество интерперсональных отношений и др., т. е. всё, что может потенциально продемонстрировать «выгоды» лечения.

Многоцелевая оценка позволяет оценивать изменения пациента на разных уровнях [25]: специфическом (навыки, когнитивные или эмоциональные процессы, которые подвергались модификации непосредственно в процессе терапии) и неспецифическом (общий уровень/качество жизни клиента).

3. Самые первые исследования психотерапии представляли собой отчёты о единичных удачных случаях терапии (в основном, психоаналитической), и в дальнейшем сохранилась тенденция описания достигнутых глобальных успехов в ходе терапии. Только конце 60-х годов появились сообщения о негативных явлениях в ходе психотерапии («негативный эффект» или ухудшение состояния пациента [46]. Имеются различные данные о распространённости негативного эффекта: от 6–7 % [38, 44] до 11,3 % [44]; а также о контртерапевтических факторах, связанных с ним (например, низкое качество интерперсональных отношений, низкая толерантность к тревоге и низкая мотивация [26, 31] и др.

4. Первые исследователи эффективности психотерапии достаточно произвольно выбирали отдельные критерии для оценки улучшения состояния пациентов. Позднее были предложены целые концептуальные схемы оценки результатов психотерапии, например, четырёхаспектная схема А.Т. McLellan, J. Durrell [34], включающая 4 направления оценки: редукция симптомов, улучшения в физическом, личном и социальном функционировании, стоимость лечения для здравоохранения.

5. Первые исследования эффективности психотерапии опирались на использование диагностических инструментов, разработанных в рамках собственной теории психической патологии (проективные тесты (тест Роршаха, ТАТ) для психоаналитической терапии, техники Q-сортировки в клиент-центрированном подходе и т. д.). Эти методики отличала теоретическая специфичность, а также несоответствие психометрических свойств задачам исследования (отсутствие стандартизированного подхода к интерпретации результатов, низкая чувствительность к изменениям в ходе терапии и др.). В настоящее время на смену этим методикам приходят симптоматические шкалы (самооценочные и экспертные), не связанные с определёнными теоретическими направлениями (опросники тревожности и депрессивности Бека, симптоматический опросник SCL-90-R и др.), а также другие шкалы, получивших широкое признание в результате доказательства их валидности, надёжности и

клинической значимости (например, Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных», адаптированный и валидизированный для России И.Я. Гуровичем и А.Б. Шмуклером (1994).

6. Начиная с 80-х гг. был введён такой параметр оценки эффективности, как устойчивость достигнутых положительных сдвигов, что дало возможность более тонкого и дифференцированного сравнения разных видов психотерапии, существенно уточнить результаты [23].

7. При использовании нестандартизированных методов оценки изменений исследователи столкнулись со значительными трудностями сопоставления и просто понимания результатов. Здесь особо показателен пример с оценками Г. Айзенка (1954) и А. Bergin (1971) одних и тех же известных опубликованных случаев психоаналитической терапии. Г. Айзенк оценил их как отрицательные, а А. Берджин счёл результаты лечения удовлетворительными.

Последний параметр породил особенно много споров, так как он касается валидности и надёжности средств оценки. В одном из обзоров, посвящённых методикам оценки эффективности психотерапии описывается 348 исследований, проведённых в период 1983–1988 гг., в которых применялось 1 430 различных методик оценки, 840 из них применялись только в одном из исследований, и многие из них не были стандартизированными [14]. Авторы отмечают трудности в достижении согласия исследователей относительно использования методик оценки даже для отдельного расстройства. Среди наиболее часто употребляемых методик оценки симптоматических сдвигов авторы упоминают опросник депрессии А. Бека (Beck Depression Inventory, BDI), шкалу самоотчёта SCL-90-R (Simp- tom Checklist 90 – Revised) и др.

Широко используются многофакторные методики (например, MMPI), которые имеют свои преимущества и недостатки. С одной стороны, исследование получает большой массив данных, однако заполнение таких громоздких опросников требует много усилий от пациента. Главный же недостаток в том, что многофакторные методики не всегда чувствительны к краткосрочным сдвигам и быстрым изменениям в поведении. Авторы обзора рекомендуют опросник SCL-90-R, как современный и лишённый многих недостатков. Однофакторные методики также имеют свои плюсы и минусы: удобны для заполнения, оценки динамики и применения статистических методов, но часто отличаются низкой дискриминантной валидностью (так, опросники депрессии и тревоги могут показывать высокую корреляцию из-за сходства оцениваемых симптомов).

Использование индивидуализированных методик оценки имеет свои преимущества, особенно для пациентов со сложным диагнозом или при необходимости учитывать качественный набор симптомов. Так, в ранних исследованиях психотерапии клиницист (обычно сам терапевт) оценивал прогресс пациента по отношению к его начальному состоянию. Это был индивидуальный подход, однако описание симптомов и состояния каждого отдельного пациента невозможно было в достаточной степени операционализировать. Это противоречие отражает давний конфликт двух исследовательских установок – идиографической и номотетической.

Широкое распространение получил метод шкалирования достижения целей. Клиент и терапевт выделяют цели терапии и описывают ранжированную шкалу результатов так, чтобы впоследствии

независимый исследователь мог оценить успешность лечения (например: 1 цель – снижение массы тела и шкала килограммов, 2 цель – улучшение настроения и шкала снижения балла по шкале депрессии Бека). Существует множество модификаций этого метода и некоторые ограничения.

В качестве итога своего методологического анализа С. Hill и М. Lambert предлагают схему для организации исследований по оценке результатов психотерапии, которая включает 4 аспекта: 1) содержательный (личностные и интерперсональные изменения, изменения в социальном функционировании); 2) временной (единичное – повторное – регулярное измерение); 3) источники данных (самоотчёт, специально обученные эксперты, близкое окружение, оценка психотерапевта); 4) техники получения данных (глобальные оценки, специфические симптоматические шкалы, оценки наблюдателей, психометрические методы, жизненные события).

Пользуясь этой схемой, исследователь может разработать дизайн исследования, адекватный задачам. Авторы обращают внимание на необходимость вдумчивого подбора конкретных методик и на убедительность оценок с практической точки зрения (статистическая значимость изменения какого-либо показателя не обязательно свидетельствует о реальном изменении качества жизни пациента).

Проблема эффективности психотерапии приобретает особую остроту, начиная с 1990 гг. Это было связано с ростом прямых и косвенных расходов, связанных с психическим здоровьем населения. Начинают разрабатываться различные управленческие стратегии, направленные на снижение этих расходов, среди которых важное место занимает оценка эффективности помощи людям с различными психическими расстройствами в плане наиболее благоприятного соотношения затрат и полезного эффекта. М. Lambert и В. Ogles – авторы главы, посвящённой проблеме эффективности [29] в последнем пятом издании знаменитого руководства, посвящённого состоянию научных исследований в области психотерапии, А. Bergin, S. Garfield [8] отмечают, что эта установка на снижение расходов сразу отразилась на психотерапевтах-практиках, которые отметили возрастание трудностей в получении средств от страховых компаний, а также объёмов бумажной отчётности и проволочек с принятием различных решений, касающихся лечения. Соответственно, в исследованиях эффективности на первый план выходят следующие вопросы: количество сессий, необходимых для поправки; влияние уровня подготовленности психотерапевтов на результат; влияние характеристик пациента на длительность и качество лечения; поиск эмпирически обоснованных форм лечения.

Итоги исследований эффективности психотерапии авторы обзора сводят к полученным на сегодняшний день ответам на ряд ключевых вопросов: 1) Является ли психотерапия эффективным средством лечения психических расстройств? 2) Возникают ли в результате лечения изменения, значимые с клинической точки зрения? 3) Превосходят ли результаты психотерапии результаты «плацебо»? 4) Каков необходимый и достаточный объём психотерапевтической помощи? 5) Есть ли пациенты, у которых в результате психотерапии отмечается негативный эффект? Рассмотрим подробно имеющиеся на сегодняшний день ответы на эти вопросы.

1. Эффективна ли психотерапия?

Современным стандартом оценки эффективности терапии, в соответствии с принципами доказательной медицины, являются рандомизированные

Таблица 2. Значения силы эффекта и соответствующего ему процентиля и процента неперекрываемости			
Интерпретация коэффициента Козна	Сила эффекта	Процентиль	Процент неперекрываемости
	2,0	97,7	81,1
	1,9	97,1	79,4
	1,8	96,4	77,4
	1,7	95,5	75,4
	1,6	94,5	73,1
	1,5	93,3	70,7
	1,4	91,9	68,1
	1,3	90	65,3
	1,2	88	62,2
	1,1	86	58,9
	1,0	84	55,4
	0,9	82	51,6
Сильная	0,8	79	47,4
	0,7	76	43,0
	0,6	73	38,2
Средняя	0,5	69	33,0
	0,4	66	27,4
	0,3	62	21,3
Малая	0,2	58	14,7
	0,1	54	7,7
	0,0	50	0

контролируемые испытания (РКИ) (randomized controlled trial, RCT). Так называемая «слепая» рандомизация (или случайное распределение, скрытое от исследователя) предназначена для решения проблемы переноса результатов, полученных на ограниченной выборке испытуемых, и устранения ошибки, связанной с неизбежной субъективностью оценки результата лечения. Необходимую численность и разнообразие выборки обеспечивает процедура мета-анализа – основная методология в исследованиях эффективности, начиная с 1980 гг.

Мета-анализ является особой формой интеграции результатов, полученных разными учёными, 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). Её целью является усреднение результатов нескольких исследований (независимо от размера выборок в каждом) для получения общего индекса эффекта.

Сила эффекта может быть представлена в виде формулы: $d = M1 - M2 / \sigma$, где $\sigma = \sqrt{J(X - M) / N}$ (М – средние значения каждой из групп, X – сырые данные, N – число испытуемых, σ – стандартное отклонение любой из групп при условии, что дисперсии обеих выборок однородны), как это впервые предложил J. Cohen [10]. Сила эффекта может быть понята как средний процентиль усреднённого испытуемого экспериментальной группы относительно усреднённого испытуемого контрольной группы (усреднённая степень отличия пациента экспериментальной группы от пациента контрольной группы). Так, сила эффекта 0,0 означает, что среднее экспериментальной группы соответствует 50-му процентилю контрольной группы (т. е. 50 % испытуемых из контрольной группы имеет значение переменной не больше среднего экспериментальной группы). Сила эффекта 1,7 означает, что 95,5 % испытуемых из контрольной группы имеет значение переменной не больше среднего экспериментальной группы (табл. 2).

Сила эффекта может быть также проинтерпретирована как процент неперекрываемости полей

значений экспериментальной и контрольной групп. Так, сила эффекта в 0,8 означает, что: 1) 47,4 % значений испытуемых двух групп не пересекаются; 2) средние показатели эмпирической группы на 0,8 стандартного отклонения выше средних показателей контрольной группы; 3) средний эмпирический пациент имеет результат лучший, чем у 79 % контрольной группы (см. табл. 2).

В 1990 гг. появляются обобщающие обзоры мета-анализов, давшие однозначный положительный ответ на вопрос об эффективности психотерапии. Первые мета-анализы преимущественно касались вопроса об эффективности психотерапии вообще, а не отдельных методов. Так, М. Lipsey и D. Wilson [32] обобщили 300 исследований, касающихся различных видов психотерапии и психообразовательных программ. Они получили данные об очень высокой эффективности этих методов. Это подтверждалось данными более ранних мета-анализов, где размер эффекта был очень высоким – 0,8 и более [45], что выглядело несколько неправдоподобно. Однако после сокращения числа исследований вдвое (оставлено было 156 из 300) и отбрасывания всех данных, которые не отвечали строгим критериям включения, показатель размера эффекта установился на среднем уровне – 0,42 [32].

Был сделан вывод, что в ранних мета-анализах учитывались исследования с низкой надёжностью показателя размера эффекта и небольшим количеством людей в группе, что привело к некоторой переоценке общего эффекта психотерапии. Однако даже при строгом отборе исследований имеет место средний показатель размера эффекта, касающийся психотерапии в широком смысле этого слова, т. е. включая самые разные психологические методы помощи и психообразовательные программы [43]. Были получены вроде бы однозначные и неоспоримые данные, подтверждающие положительные результаты психотерапевтических методов лечения, что укрепляло позиции психотерапевтов в социальном пространстве. Авторы одного из первых мета-анализов с торжеством делают вывод о важном месте психотерапии в социальной жизни общества: «Психотерапия является исцеляющей, и это именно так, а её целительная сила проявляется разными путями. Её благоприятные воздействия обнаруживаются наравне с другими дорогими претенциозными методами, такими, как школьное воспитание и медицина. ...Факты в подавляющем числе случаев подтверждают эффективность психотерапии... Она помогает людям всех возрастов так же надёжно, как школа даёт им знания, медицина их лечит, а бизнес приносит выгоду» ([45], стр. 183).

Однако известный критик и противник психоанализа и всех других видов психотерапии, кроме бихевиоральной, Г. Айзенк в 1994 г. пишет статью под названием «Сорок лет спустя: новый взгляд на проблемы эффективности в психотерапии» [1], где даёт крайне негативную оценку качеству проведённых исследований и достоверности полученных результатов. Острие его критики направлено против вывода о примерно равной эффективности разных видов психотерапии. Это спорное положение, которое то подтверждается, то опровергается разными исследователями, будет рассмотрено нами специально.

Хотя мета-анализы являются наиболее современным методом оценки эффекта психотерапии, они подвергаются критике и другими исследователями. Основные пункты этой критики: 1) смешение разнородных исследований (разных видов пациентов и разных методов психотерапии) в один массив; 2) включение в этот массив недостаточно надёжных исследований. В ответ на эту критику авторы более современных мета-анализов концентрируют-

ся на конкретных видах расстройств и специфических методах лечения, а также предъявляют более строгие требования к отбору исследований, объединяемых в рамках проводимого мета-анализа. Как уже отмечалось выше, общая тенденция в проведении мета-анализов заключалась в переходе от вопроса об эффективности психотерапии вообще к вопросу об эффективности разных видов психотерапии при лечении разных расстройств, т. е. поле исследований всё больше и больше дифференцировалось. Остановимся на основных выводах из обширных исследований, посвящённых психотерапии депрессий и тревожных расстройств.

Наиболее важным итогом этих исследований является вывод о том, что эффективность психотерапии сопоставима, а в некоторых аспектах даже превосходит эффект лечения антидепрессантами, которые традиционно рассматривались как метод первого выбора при лечении депрессий. Два первых мета-анализа, объединившие 29 и 56 различных исследований соответственно, делают вывод о равной эффективности психотерапии и антидепрессантов в лечении депрессий [40, 47]. Авторы третьего мета-анализа делают вывод о некотором превосходстве антидепрессантов при лечении эндогенных депрессий [6]. В мета-анализе, проведённом в рамках проекта NIMH (Национальный институт психического здоровья США), посвящённого лечению депрессий, I. Elkin делает вывод, что антидепрессанты превосходят психотерапию только в случае лечения тяжёлых депрессий. Результаты этого завершающего мета-анализа в рамках проекта были изложены в четвёртом издании руководства по психотерапии и поведенческим изменениям под редакцией А. Bergin и S. Garfield [8] в главе под названием «С чего мы начинали и к чему мы пришли».

Ещё один мета-анализ был посвящён сравнению эффективности лечения только психотерапией и в комбинации с медикаментами [48]. Согласно результатам этого исследования, в случае не тяжёлых расстройств психотерапия была примерно также эффективна, как и комбинированное лечение. Комбинированное же лечение продемонстрировало преимущества над монотерапией (только психотерапия) в случае тяжёлых депрессий.

Наконец, наиболее современный мета-анализ проблемы, показал определённые преимущества когнитивно-бихевиоральной психотерапии над медикаментозным лечением антидепрессантами [15] – сравнительная сила эффекта равнялась 0,38 (т. е. попадает в средний интервал). В рамках этого же мета-анализа были обобщены семь лонгитюдных исследований с наблюдением за пациентами не менее года, которые показали, что у больных, находившихся на лечении КБТ, повторные приступы отмечаются в 29,5 % случаев, в то время как у прошедших только медикаментозное лечение – в 60 % случаев (т. е. в два раза чаще). Таким образом, авторы делают вывод о более значительном профилактическом эффекте КБТ по сравнению с антидепрессантами. Следует, однако, отметить, что в исследовании не были достаточно представлены антидепрессанты нового поколения.

Сходные данные получены об эффективности КБТ в лечении тревожных расстройств. Так, при лечении панических атак КБТ обладала более высоким показателем силы эффекта по сравнению с медикаментозным, а также комбинированным лечением – 0,68 против 0,47 – при медикаментозном и 0,56 – при комбинированном лечении. Наконец, при лечении КБТ меньшее количество пациентов прерывало лечение (drop out) – 5,6 % против 19,8 % – при медикаментозном и 22 % – при комбинированном лечении [16].

Приводя эти данные, мы также считаем нужным подчеркнуть, что качество многих мета-анализов, касающихся сравнения психотерапии и медикаментозных методов лечения, по-прежнему подвергается критике. D. Klein [27] поставил задачу проиллюстрировать невалидность ряда мета-анализов, в которых проводилось количественное сравнение полезных свойств психотерапии и лекарственной терапии у пациентов с психическими расстройствами. Оценивались планы отобранных исследований, которые были включены в четыре мета-анализа. Автор критической статьи делает вывод, что в мета-анализах сравнивалась величина эффекта, полученная в несходных исследованиях, которые не были в равной мере слепыми рандомизированными контролируемыми или высокого качества. В исследованиях непосредственно не рассматривались вопросы сравнительной (идеальной) эффективности либо чувствительности анализов была недостаточной. Это свидетельствует о необходимости соблюдения осторожности при оценке выводов мета-анализа без первоначального критического изучения включённых в него исследований. Оценки относительной эффективности различных методов лечения определяются плохо, если они основаны лишь на косвенных, многократно смешиваемых сравнениях. Кроме того, результаты мета-анализов, проведённых на основе некорректных исследований или исследований с явно недостаточной чувствительностью анализов, нельзя использовать для критики лечебных рекомендаций. Некоторые массивы данных не соответствуют требованиям, позволяющим подтвердить результаты мета-анализа.

Тем не менее, эффективность КБТ при лечении депрессивных и тревожных расстройств можно считать доказанной современными достаточно надёжными мета-анализами. Можно также говорить о том, что в целом доказана эффективность психотерапии как метода лечения психических расстройств.

2. Возникают ли в результате лечения изменения, значимые с клинической точки зрения?

Первоначально научные исследования психотерапии касались оценки того, насколько средний представитель экспериментальной группы (проходившей лечение) имеет лучшие показатели на выходе, чем средний представитель контрольной группы (не проходившей лечения). Такой тип оценки не позволял сделать выводы относительно каждого пациента в отдельности, а также относительно того, насколько достигнутые изменения значимы с клинической точки зрения. С 1970 гг. начинает осознаваться важность индивидуальных изменений в процессе психотерапии. Эти изменения квалифицировались в двух аспектах: социальной валидности и клинической значимости. Социальная валидность связана с оценкой значимости изменений самим клиентом и значимыми людьми из его окружения. Оценка клинической значимости опирается на статистические методы и касается двух аспектов: 1) насколько произошедшие изменения статистически значимы; 2) можно ли говорить о нормализации показателей (т. е. их соответствии нормативным статистическим значениям по тому или иному опроснику). Последнее не всегда обязательно, так как при серьёзных расстройствах улучшение может быть клинически значимым без достижения нормативных значений.

Как мы уже упоминали, проблема эффективной траты средств на нужды здравоохранения в сфере психического здоровья тесно связана с рядом вопросов, среди которых оценка значимости измене-

ний в процессе психотерапии с клинической точки зрения занимает важное место. Одним из наиболее важных результатов исследования этого вопроса являются данные о значительном снижении обращаемости в медицинские центры у лиц, прошедших курс психотерапии по сравнению с не проходившими. Таким образом, можно говорить о том, что психологические виды помощи дают не просто заметный эффект по сравнению с контрольными группами, где они отсутствовали, но и о клинической значимости этого эффекта.

3. Превосходят ли результаты психотерапии результаты плацебо?

Ответ на этот вопрос является особенно принципиальным для психотерапии. В 1954 г. Г. Айзенк в своей знаменитой статье поднял настоящую бурю вокруг этого вопроса, которая в известном смысле не стихает до сих пор. Он поставил в тупик поклонников психотерапии, показав, что её эффект не превосходит эффект при так называемых спонтанных ремиссиях. Смысл плацебо-эффекта он очень ярко описал в своей другой статье, написанной сорок лет спустя после той, которая так взорвала и взволновала психотерапевтическую общественность. Поэтому мы позволим себе начать изложение имеющихся данных по этому вопросу с выдержки из этой статьи [1].

«...При широком распространении тревожности, депрессии, напряжённости, чувства вины и других невротических симптомов было бы странно, если бы общество не открыло методов, облегчающих возникающие при этом страдания. И, действительно, за тысячи лет до того как психиатрия (предполагаемо) стала наукой, у нас появились знахари, шаманы, священники, учителя, гуру и другие социальные агенты, пытающиеся иметь дело с психологическими состояниями. Даже мы вынуждаем друзей, родственников, а иногда и посторонних людей, впадших в невротическое состояние, выслушивать советы и сочувствия. Не поэтому ли психотерапия и получила название «протитуирование дружельюбием»? У меня нет сомнения, что все эти знахари, шаманы и их методы приносили огромную пользу, иначе у них не было бы такой популярности, и больные не обращались бы к ним.

Эта терапия, построенная на здравом смысле, лежит в основе феномена, известного как «спонтанное выздоровление» и заключающегося в том, что невротические больные даже с очень сильно выраженными симптомами тревожности, депрессии, фобии и т. д. склонны к выздоровлению в течение года или двух без специальной психиатрической помощи. Конечно же, это выздоровление не является «спонтанным» в том смысле, что оно беспричинно. Оно наступает через некоторое время, но причина не во времени, а в том, что в это время больной подвергся опирающейся на здравый смысл терапии, которую он и искал.

Спонтанное выздоровление происходит благодаря определенной плацебо-терапии, не основанной на какой-то научной теории и применяемой врачами-специалистами. Подобно любым плацебо, эта терапия, тем не менее, может быть очень эффективной, особенно когда она фактически включает в себя важные компоненты, сходные или даже идентичные содержащимся в теоретически разработанным поведенческой терапии. Позже я более детально остановлюсь на этом вопросе, а сейчас давайте просто отметим, что плацебо-лечение в психотерапии не настолько просто, как в соматической медицине. Как я докажу позже, и терапия, основанная на здравом смысле, и плацебо-лечение, и психотерапия включают в себя элементы поведен-

ческой терапии, которые обеспечивают им положительный лечебный эффект, хотя возможны и незапланированные эффекты.

Из этого, по-видимому, следует, что все виды психологического лечения являются, скорее всего, эффективными, но ни один из них не может быть назван научным, если он, во-первых, не основан на тщательно проверенной теории и, во-вторых, его эффективность не имеет явного превосходства над спонтанной ремиссией или плацебо-лечением...» (Айзенк, 1994).

Несмотря на столь убедительные разъяснения Г. Айзенка, само по себе определение, что же такое плацебо в случае психотерапии всё же является весьма дискуссионным. Ряд авторов предложили в качестве плацебо рассматривать наиболее общие факторы психотерапии – такие как выражение тепла, поддержки, внимания с исключением специфических интервенций. Наиболее всеохватывающим исследованием в этой области считается исследование R. Grissom, который обобщил 46 мета-анализов и показал превосходство психотерапии как над контрольной группой пациентов, которые находились в ожидании лечения, так и над пациентами, получавшими вместо специфических форм психотерапии плацебо, т. е. поддерживающие беседы и т. п. [19].

Особый интерес представляет вопрос об устойчивости эффекта психотерапии. С целью ответа на этот вопрос было проведено значительное число контролируемых исследований и мета-анализов, которые показали, что даже по истечении трёх лет эффект психотерапии оказывается довольно устойчивым для значительного числа пациентов. Авторы аналитического обзора проблемы эффективности психотерапии M. Lambert и M. Ogles делают вывод: «Хотя нет никаких причин считать, что один курс психотерапии освободит человека от психологических нарушений и возникновения симптомов, многие пациенты, проходящие психотерапию, достигают психического выздоровления на длительный период времени. Это справедливо даже для тех пациентов, которые имели давние хронические проблемы. В то же время получены обоснованные данные, касающиеся части пациентов, которые поправились после лечения, но со временем опять пережили приступы болезни и искали помощи у различных специалистов, включая своего бывшего терапевта. Многие заболевания, такие как алкоголь, химическая зависимость, курение, ожирение, а также депрессия настолько часто имеют тенденцию к возобновлению, что нет смысла исследовать эффективность лечения без оценки устойчивости достигнутого эффекта» ([29], стр. 152). Тем не менее, получены данные, что даже страдающие алкогольной зависимостью после курса психотерапии в 30 % случаях остаются сухими в течение длительного периода, а ещё 30 % значительно снижают количество потребляемого алкоголя [9]. Производят впечатление результаты ещё одного исследования психотерапии такого сложного контингента, как страдающие пограничным расстройством. Проверка результатов лечения по истечении трёх лет после его завершения доказала устойчивость достигнутого улучшения их функционирования [36].

4. How much psychotherapy is enough?

Каков необходимый и достаточный объём психотерапевтической помощи?

Этот вопрос особенно важен для регуляции вложений в лечение психических расстройств. Он давно привлекает внимание исследователей. Первая оценка такого рода была проведена в исследовании 1986 года [22]. Авторами данного мета-анализа,

охватывающего значительно число исследований, включавших в общей сложности свыше 2 000 пациентов, было показано, что 14 % пациентов демонстрируют улучшение ещё до первой сессии, 53 % – после 8 еженедельных сессий, 75 % – после 26 таких сессий, 83 % – после 52, т. е. в процессе психотерапии есть точки, которые сопровождаются наиболее заметными изменениями. Этот мета-анализ подтверждает также рассмотренные выше данные относительно превосходства психотерапии над плацебо. В другом мета-анализе были пересмотрены данные уже не раз упомянутой нами знаменитой статьи Г. Айзенка 1952 года, направленной на доказательство отсутствия преимуществ психотерапии по сравнению с плацебо эффектом [33]. Авторами было показано, что эффект после 15 сессий психотерапии приблизительно равен эффекту после двух лет спонтанного выздоровления. Таким образом, собственные данные Г. Айзенка, вопреки его желанию, свидетельствуют об эффективности психотерапии – ведь скорость выздоровления тоже играет немалую роль в оценке её эффективности. На основании исследования, обобщившего большое количество разных данных [28], можно сделать вывод, что около 50 % пациентов, начавших лечение в состоянии обострения, достигают клинически значимого улучшения после 21 сессии. После 50 сессий число пациентов, достигших клинически значимого улучшения, становится 75 %. Авторы обзора делают вывод, что количество сессий в лечении большинства психических расстройств не должно быть меньше 20, чтобы большинство пациентов достигали необходимого улучшения. Для многих пациентов количество сессий ещё должно быть значительно увеличено. Эти данные представляют огромный интерес для планирования объёма психотерапевтической помощи, достаточного для достижения клинически значимого улучшения.

В этой связи особенно интересны новейшие данные об эффективности долгосрочной психодинамической психотерапии. Эту статью, вышедшую в конце 2008 г. в одном из наиболее солидных периодических изданий (Journal of the American Medical Association) можно назвать сенсационной, так как она полностью восстанавливает репутацию долгосрочной психодинамической психотерапии как эффективного метода лечения наиболее тяжёлых форм психической патологии, включая нервную анорексию и пограничное личностное расстройство. Авторы статьи F. Leichsenring и S. Rabung включили в свой мета-анализ 23 исследования, опубликованные с 1984 по 2008 год и тщательно отобранные по строгим критериям: психотерапевтические сессии были больше чем раз в неделю, длительность терапии была минимум 50 сессий или хотя бы год. Более того, включались только те исследования, которые имели строго определённые критерии психотерапевтического прогресса [30]. В сумме, были отобраны 11 рандомизированных контролируемых исследований и 12 исследований, построенных по принципу наблюдения. Общее количество пациентов, вошедших в анализ, составило 1 053 человека. Общий вывод данного обобщающего анализа констатирует высокую эффективность долгосрочной психодинамической терапии – показатель силы эффекта – 1,8, т. е. в 96 % случаев у пациентов в долгосрочной психодинамической терапии было значимое улучшение по сравнению с плацебо.

5. Есть ли пациенты, у которых в результате психотерапии отмечается негативный эффект?

Этот вопрос естественным образом возник в процессе развития анализируемой сферы исследо-

ваний. Г. Айзенк в своей статье 1994 года приводит целый список негативных последствий.

Г. Айзенк изложен как ярый противник психоанализа, поэтому обратимся к более объективным свидетельствам авторов обзора из руководства под редакцией A. Bergin и S. Garfield. Как более ранние, так и современные исследования достаточно едины в выводе о том, что примерно 5–10 % пациентов, проходящих психотерапевтическое лечение, могут испытывать ухудшение своего состояния. F. Scogin и соавт. [42] предложили следующие критерии для фиксации ухудшения – утяжеление оценок состояния по клиническим или самоотчетным шкалам хотя бы на один балл. D. Mohr (1995) попытался выделить предикторы негативного результата психотерапии и пришёл к следующим выводам: особенно высок процент негативного эффекта среди больных с пограничным расстройством личности и с обсессивно-компульсивным расстройством. Для клиентов с негативным результатом оказались характерными две черты – выраженные межличностные проблемы и более тяжёлое состояние в начале лечения. Для терапевтов, у которых неудачные случаи встречались чаще – низкий уровень эмпатии, недооценка проблем клиента, негативный контрперенос. Авторы обзора делают вывод о том, что исследование факторов, обуславливающих ухудшение, имеет большое значение для отбора клиентов и подготовки психотерапевтов. Кроме того, в последнем цитированном исследовании были получены данные, что негативный эффект чаще связан с экспериментальными формами психотерапии, а для депрессий, что особенно важно, таким предиктором может быть маленькое число сессий.

В данном обзоре мы в предельно обобщённом виде представили современное состояние обширной и значимой области исследований, касающихся результатов и эффективности психотерапии. В силу большого объёма представленных эмпирических данных, мы не уделяли достаточно внимания критическому анализу современной методологии таких исследований. Но даже из изложенного здесь материала становится ясно, что эта методология находится в состоянии кризиса. Так, один из наиболее известных и заслуженных исследователей в этой области D. Orlinsky [37] прямо пишет о некорректности перенесения ряда исследовательской принципов современной медицины на психотерапию в силу её специфических особенностей как метода помощи. Подобные сомнения и неудовлетворенность выражают и другие авторы – эксперты в этой области. Однако такого рода методологический анализ является задачей отдельной статьи. В целом же, завершая данный обзор, следует отметить огромный поток исследований, который позволил прийти к главному несомненному выводу: психотерапия является важным и эффективным методом лечения психических расстройств и должна входить в список услуг современных служб психического здоровья.

Литература

1. Айзенк Г. Дж. Сорок лет спустя: новый взгляд на проблемы эффективности в психотерапии // Психологический журнал. 1994; 14: 4: 3–19.
2. Калмыкова Е.С., Кэхеле Х. Изучение психотерапии за рубежом: история, современное состояние // Журнал практической психологии и психоанализа. 2000; 1.
3. Групповая психотерапия / Под ред. Б.Д. Кавасарского, С. Ледера. М.: 1990; 384.
4. Кавасарский Б.Д. Психотерапия. М.: 1985; 298.
5. Тукаев Р.Д. Оценка эффективности психотерапии с позиции медицины, основанной на доказательствах // Социальная и клиническая психиатрия. 2004; 1: 87–96.

6. Andrews, G. A treatment outline for depressive disorders: The Quality Assurance Project // Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 1983; 17: 129–146.
7. Bergin, A.E. The evaluation of therapeutic outcomes. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change (pp 217–270). New York: John Wiley & Sons. 1971.
8. Bergin, A.E., Garfield S.L., (Eds.), Handbook of Psychotherapy and Behavior change (5-th ed.). New York: John Wiley & Sons, 2004.
9. Carroll K.M., Rounsaville B.J., Nich, C., Gordon L.T., Wirtz P.W., Gawin F. One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence // Archives of General Psychiatry. 1994; 51: 989–997.
10. Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates. 1988.
11. Eysenck, H.J. The effects of psychotherapy: An evaluation // Journal of Consulting Psychology. 1952; 16: 319–324.
12. Fairweather, G., Simon, 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, 960; 74 (5, Whole No. 492).
13. Feighner, J.P., Brown, S.L., & Oliver, J.E. Electro-sleep therapy // Journal of Nervous and Mental Disease. 1973; 157: 121–128.
14. Froyd J.E., Lambert M.J., Froyd J.D. A review of practices of psychotherapy outcome measurement // Journal of mental Health. 1996; 5: 11–15.
15. Gloaguen V., Cottraux J., Cucherat M., Blackburn I.-M. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients // Journal of Affective Disorders. 1998; 49: 59–72.
16. Gould R.A., Otto M.W., Polack M.H. A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder // Clinical Psychology Review. 1995; 15: 8: 819–844.
17. Grawe K. Agents of Change in the Processes of Psychotherapy, Part I. In: IFP newsletter, Zurich, June 2006; 7–17
18. Grawe K. Agents of Change in the Processes of Psychotherapy, Part II. In: IFP newsletter, Zurich, Dezember 2006; 8–16.
19. Grissom R.J. The magical number. 7+-: 2: Meta-meta-analysis of the probability of superior outcome in comparisons involving therapy, placebo, and control // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1996; 64: 973–982.
20. Hill, C.E., Lambert, M.J., Methodological Issues in Studying Psychotherapy Processes and Outcomes / In: A.E. Bergin, S.L. Garfield (Eds.), Handbook of Psychotherapy and Behavior change (5-th ed.). New York: John Wiley & Sons, 2004; 84–135.
21. Horwitz, L. Clinical prediction in psychotherapy. New York: Jason Aronson. 1974.
22. Howard, K.I., Kopta, S.M., Krause, M.S., & Orlinsky, D.E. The dose-effect relationship in psychotherapy // American Psychologist. 1986; 41: 159–164.
23. 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; 52: 295–305.
24. Jones M.C. The elimination of children's fears // Journal of Experimental Psychology. 1924; 7: 383–390.
25. Kendall P.C., Pellegrini D.S., Urbain E.S. Approaches to assessment for cognitive-behavioral interventions with children / In: Kendall P.C., Hollon S.D. (Eds.) Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions. – NY, 1981.
26. Kernberg, O. Psychotherapy and psychoanalysis: Final report of the Menninger Foundation's psychotherapy research project // International Journal of Psychiatric Medicine. 1973; 11: 62–77.
27. Klein D.F. Flawed Meta-Analyses Comparing Psychotherapy With Pharmacotherapy // American Journal of Psychiatry. 2000; 157: 1204–1211.
28. Lambert M.J., Hansen N.B., Finch A.E. Patient focused research : using patient outcome data to enhance treatment effects // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2001; 69: 159–172.
29. Lambert M.J., Ogles B.M. The efficacy and effectiveness of psychotherapy / In: A.E. Bergin, S.L. Garfield (Eds.), Handbook of Psychotherapy and Behavior change (4-th ed.). New York: John Wiley & Sons, 2004; 139–193.
30. Leichsenring F., Rabung S. Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy. A Meta-analysis // JAMA. 2008; 300: 13: 1551–1565.
31. Lieberman, M.A., Yalom, I.D., & Miles, M.B. (1973). Encounter groups: First facts. New York: Basic Books.
32. Lipsey M.W., Wilson D.B. The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis // American Psychologist. 1993; 48: 1181–1209.
33. McNeilly C.L., Howard K.I. The effects of psychotherapy: A reevaluation based on dosage // Psychotherapy Research. 1991; 1: 74–78.
34. McLellan A.T., Durrell J. Outcome evaluation in psychiatric and substance abuse treatment: concepts, rationale, and methods. / In: Sederer L.J., Dickey B. (Eds.) Outcome assessment in clinical practice. Baltimore, 1996; 34–44.
35. Mowrer O. H., Mowrer W. Enuresis: A method of its study and treatment // American Journal of Orthopsychiatry. 1938; 8: 436–459.

36. Najavits L.M., Gunderson J. G. Better than expected: Improvements in borderline personality disorder in a 3-year prospective outcome study // Comprehensive Psychiatry. 1995; 36: 296–302.

37. Orlinsky D. Comments on the State of Psychotherapy Research. In: IFP newsletter, Zurich, June 2007; 11–14.

38. Orlinsky D.E., & Howard, K.I. Gender and psychotherapeutic outcome. In A.M. Brodsky & R.T. Hare-Mustin (Eds.), Women and psychotherapy, New York: Guilford Press. 1980; 3–34.

39. Paul G.L. Outcome research in psychotherapy // Journal of consulting psychology. 1967; 31: 109–118.

40. Robinson L.A., Berman J.S., Neimeyer R.A. Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research // Psychological Bulletin. 1990; 108: 30–49.

41. Russell R.L., Orlinsky D.E. Psychotherapy research in historical perspective // Archives of General Psychiatry. 1996; 53: 8.

42. Scogin F., Floyd M., Jamison C., Ackerson J. et al. Negative outcomes: What is the evidence on self-administered treatments? // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1996; 64: 1086–1089.

43. Shadish W.R., Matt G.E., Navarro A.M., Siegle G., Crits-Cristoph P., Hazelrigg M.D., Jorm A.F., Lyons L.C., Neitzel M.T., Prout H.T., Robinson L., Smith M.L.,

Svarberg M., Weiss B. Evidence that the therapy works in clinically representative conditions // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1997; 65: 355–365.

44. Shapiro, D.A., Shapiro, D. Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement // Psychological Bulletin. 1982; 92: 581–604.

45. Smith M.L., Glass G.V., Miller T.I. The benefits of psychotherapy. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1980.

46. Strupp, H.H., Hadley, S.W., Gomes-Schwartz, B. Psychotherapy for better or worse: An analysis of the problem of negative effects. New York: Jason Aronson. 1977.

47. Steinbrueck S.M., Maxwell S.E., Howard G.S. A meta-analysis of psychotherapy and drug therapy in the treatment of unipolar depression with adults // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1983; 51: 856–863.

48. Thase M.E., Greenhouse J.B., Frank E., Reynolds C.F.I., Pilkonis P.A., Hurley K., Grochocinski V., Kupfer D.J. Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations // Archives of General Psychiatry. 1997; 54: 1009–1015.

49. Weber, J.J., Elinson, J., & Moss, L.M. The application of ego strength scales to psychoanalytic clinic records. In G.S. Goldman & D. Shapiro (Eds.), Developments in psychoanalysis at Columbia University: Proceedings of the 20-th anniversary conference. New York Columbia Psychoanalytic Clinic for Training and Research. 1965.

Бланк бесплатной подписки на журнал
«Современная терапия психических расстройств»

Ф.И.О.					
Место работы					
Специальность					
Должность					
Телефон					
Почтовый адрес					
индекс		республика, край, область			
город			улица		
дом №		корп.		кв. №	
Адрес электронной почты					
Заполненные бланки высылайте по адресу: 107076, Москва, ул. Потешная, д. 3, Московский НИИ Психиатрии, проф. Мосолову С.Н. или по e-mail: info@fireyed.ru					

