

УДК 616.89–085:615.851(048.8)

НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОЦЕССА ПСИХОТЕРАПИИ И ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ. ЧАСТЬ 1

А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян, И. В. Никитина, О. Д. Пуговкина

ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»

Принятая в современных науках о психическом здоровье биопсихосоциальная модель основана на убедительных научных данных о вкладе разных факторов в происхождение и течение психических расстройств. Действенность различных методов лечения, адресованных разным факторам заболевания – биологическим, психологическим, социальным – также является предметом интенсивных исследований, большинство из которых проводится за рубежом. У отечественных специалистов заметно вырос интерес к оценке результатов применения разных методов, включая психологические [2, 4, 5].

Вместе с тем имеет место явный дефицит обобщающих обзоров современного состояния данной проблемы. В предлагаемой статье подводятся итоги научных исследований процесса психотерапии и ее эффективности, которые ведутся вот уже на протяжении 80 лет. Эти итоги можно систематизировать в двух направлениях: 1) оценка результатов психотерапии (outcome) и ее эффективности (efficacy); 2) выделение факторов, влияющих на результаты и эффективность психотерапии, которые, в свою очередь, можно разделить на три группы: связанные с протеканием процесса психотерапии; с характеристиками клиента; с характеристиками терапевта. Рассмотрим имеющиеся на сегодняшний день данные в рамках двух выделенных блоков, что логически делит статью на две большие части.

Часть I. Оценка результатов и эффективности психотерапии

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 А. 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 [16]. В табл. 1 в

виде двух колонок представлены изменения по каждому параметру: от исторически первоначальных (первая колонка) к современным (вторая колонка).

Прокомментируем кратко каждый из выделенных пунктов.

1. Первые исследования 1930–1950-х годов опирались, в основном, на оценку и анализ самих терапевтов, проводивших лечение. Современные научные исследования отличает широкий список источников получения оценок: самоотчет 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, коммуникативные навыки

Таблица 1

История развития системы оценок результатов психотерапии
По С. Hill, М. Lambert [16]

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 отчеты и художественные описания случаев	Движение к единому набору стандартизированных методик оценки

ки, когнитивное функционирование, качество интерперсональных отношений и др., то есть все, что может потенциально продемонстрировать «выгоды» лечения.

Многоцелевая оценка позволяет определять изменения пациента на разных уровнях [19]: 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 отчеты о единичных удачных случаях терапии (в основном, психоаналитической), и в дальнейшем сохранилась тенденция описания достигнутых глобальных успехов в ходе терапии. Только в конце 60-х годов появились сообщения о негативных явлениях в ходе психотерапии («негативный эффект» или ухудшение состояния пациента) [38]. Имеются различные данные о распространенности негативного эффекта: от 6–7% [17] до 11,3% [35]; а также о контртерапевтических факторах, связанных с ним (например, низкое качество интерперсональных отношений, низкая толерантность к тревоге и низкая мотивация [26, 20] 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, четырехаспектная схема А.МcLellan, J.Durrell [28], 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 определенными теоретическими направлениями (опросники тревожности и депрессивности Бека, симптоматический опросник SCL-90-R и др.), а также другие шкалы, получившие широкое признание в результате доказательства их валидности, надежности и клинической значимости (например, Quality of Life Interview или «Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных», разработанный и валидизированный для России И.Я.Гуровичем и А.Б.Шмуклером) [3, 24].

6. Начиная с 80-х годов, был введен такой параметр оценки эффективности, как устойчивость достигнутых положительных сдвигов, что дало возможность более тонкого и дифференцированного сравнения разных видов психотерапии и существенно уточнило результаты [18].

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 [1] и А.Вergin [7] одних и тех же известных опубликованных случаев психоаналитической терапии. Г.Айзенк оценил их как отрицательные, а А.Вergin счел результаты лечения удовлетворительными.

Последний параметр породил особенно много споров, так как он касается валидности и надежности средств оценки. В одном из обзоров, посвященных методикам оценки эффективности психотерапии, описывается 348 исследований, проведенных в период с 1983–1988 годы, в которых применялось 1 430 различных методик оценки, 840 из них применялись только в одном из исследований, и многие из них не были стандартизированными [12]. 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 депрессивности А.Бека (Beck Depression Inventory, BDI), шкала самоотчета SCL-90-R (Symptom Checklist 90 – Revised) и др.

Широко используются многофакторные методики (например, MMPI), которые имеют свои преимущества и недостатки. С одной стороны, исследователь 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 лишенный 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 достаточ-

ной 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 веса и шкала килограммов, 2 цель – улучшение настроения и снижение балла по шкале депрессии Бека). Существует множество модификаций этого метода и некоторые ограничения.

В качестве итога своего методологического анализа С.Hill и M.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 (самоотчет, 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-х годов. 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, посвященной проблеме эффективности [23], в последнем пятом издании знаменитого руководства, посвященного состоянию научных исследований в области психотерапии [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 объемов бумажной отчетности 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 сводятся 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 объем психотерапевтической помощи; 5) есть ли пациенты, у которых в результате психотерапии отмечается негативный эффект. Рассмотрим последовательно имеющиеся на сегодняшний день ответы на эти вопросы.

Эффективна ли психотерапия?

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

Результаты независимых РКИ накапливаются в систематических обзорах, которые включают данные различных исследований, при условии, что они отвечают общим методическим требованиям к дизайну исследования (общие характеристики изучаемого метода терапии, критерии отбора пациентов, используемые диагностические инструменты). Основная методология в исследованиях эффективности, начиная с 1980-х годов – это мета-анализ, или статистическое объединение данных нескольких исследований. В опубликованном обзоре Р.Д.Тукаева [5] выделяются результаты мета-анализов исследований эффективности психотерапии, проводимых в библиотеке Кохрановского сообщества (Cochrane Library) и Центра обзоров и распространения Йоркского университета (The NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York).

В случае высокой гомогенности методических характеристик исследований, проводимых различными учеными, полученные данные могут быть объединены при помощи особой статистической процедуры, которая обозначается как определение «силы эффекта» (effect size). Ее 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: $d = M_1 - M_2 / \sigma$, где $\sigma = \sqrt{[(X - M)I / N]}$ (M – средние значения каждой из групп, X – сырые дан-

ные, 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 усредненного испытуемого экспериментальной группы относительно усредненного испытуемого контрольной группы (усредненная 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 (то есть 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 (табл. 2).

В 1990-х годах появляются обобщающие обзоры мета-анализов, давшие однозначный положительный ответ на вопрос об эффективности психотера-

пии. Первые мета-анализы преимущественно касались вопроса об эффективности психотерапии вообще, а не отдельных методов. Так, M.Lipsey и D.Wilson [27] 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 [36], 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 [23].

Был сделан вывод о том, что в ранних мета-анализах учитывались исследования с низкой надежностью 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, то есть, включая самые разные психологические методы помощи и психообразовательные программы [34]. 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 ее целительная сила проявляется разными путями. Ее 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 надежно, как школа дает им знания, медицина их лечит, а бизнес приносит выгоду» [36].

Однако известный критик и противник психоанализа и всех других видов психотерапии, кроме бихевиоральной, Г.Айзенк в 1994 году пишет статью под названием «Сорок лет спустя: новый взгляд на проблемы эффективности в психотерапии» [1], где дает крайне негативную оценку качеству проведенных исследований и достоверности полученных результатов. Острые его критики направлены 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

Таблица 2

Значения силы эффекта и соответствующего ему процента и процента неперекрываемости

Интерпретация коэффициента Коэна	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%

разных методов психотерапии) в один массив; 2) включение в этот массив недостаточно надежных исследований. В ответ на эту критику авторы более современных мета-анализов концентрируются 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. То есть поле исследований все больше и больше дифференцировалось. Остановимся на основных выводах из обширных исследований, посвященных 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 [32, 37]. Авторы третьего мета-анализа делают вывод о некотором превосходстве антидепрессантов при лечении эндогенных депрессий [6]. В мета-анализе, проведенном в рамках проекта NIMH (Национальный институт психического здоровья США), посвященного лечению депрессий, I.Elkin делает вывод, что антидепрессанты превосходят психотерапию только в случае лечения тяжелых депрессий. Результаты этого завершающего мета-анализа в рамках проекта были изложены в четвертом издании руководства по психотерапии и поведенческим изменениям под редакцией A.Bergin и S.Garfield [8] в главе под названием «С чего мы начинали и к чему мы пришли».

Еще один мета-анализ был посвящен сравнению эффективности лечения только психотерапией и в комбинации с медикаментами [39]. Согласно результатам этого исследования в случае нетяжелых расстройств, психотерапия была примерно так же эффективна, как и комбинированное лечение. Комбинированное же лечение продемонстрировало преимущества над монотерапией (только психотерапия) в случае тяжелых депрессий.

Наконец, наиболее современный мета-анализ проблемы показал определенные преимущества когнитивно-бихевиоральной психотерапии (КБТ) над медикаментозным лечением антидепрессантами [13] – сравнительная сила эффекта равнялась 0,38 (то есть 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, повтор-

ные 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 [14].

Приводя эти данные, считаем нужным подчеркнуть, что качество многих мета-анализов, касающихся сравнения психотерапии и медикаментозных методов лечения, по-прежнему подвергается критике. D.Klein [21] 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 о том, 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 чувствительность анализов была недостаточной. Это свидетельствует о необходимости соблюдения осторожности при оценке выводов мета-анализа без первоначального критического изучения включенных 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, проведенных 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 надежными мета-анализами. Можно также говорить о том, что в целом доказана эффективность психотерапии как метода лечения психических расстройств.

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

Первоначально научные исследования психотерапии касались оценки того, насколько средний представитель экспериментальной группы (получавший лечение), имеет лучшие показатели на выходе, чем средний представитель контрольной группы (не получавший 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. Начиная с 1970-х годов 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 (то есть их соответствии нормативным статистическим значениям по тому или иному опроснику). Последнее не всегда обязательно, так как при серьезных 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 изменений 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 контрольными группами, где они отсутствовали, но и о клинической значимости этого эффекта.

Превосходят ли результаты психотерапии результаты плацебо?

Ответ на этот вопрос является особенно принципиальным для психотерапии. В 1954 году 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 ее 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 позволим себе начать изложение имеющихся данных по этому вопросу с выдержки из этой статьи [1].

«...При широком распространении тревожности, депрессии, напряженности, 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 «протитутуирование дружелюбием»? У меня нет сомнения, что все эти знахари, шаманы и их методы приносили огромную пользу, иначе у них не было бы такой популярности и большие 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 разработанной 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 поведенческой 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...» [1].

Несмотря на столь убедительные разъяснения Г.Айзенка, само по себе определение, что же такое плацебо в случае психотерапии все 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 в этой области считается исследование R.Grisson, 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, то есть поддерживающие беседы и т.п. [15].

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 трех 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, получающие 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» [23]. Тем не менее, получены данные, что даже страдающие алкогольной зависимостью после курса психотерапии в 30% случаях остаются «сухими» в течение длительного периода, а еще 30% значительно снижают количество потребляемого алкоголя [9]. Производят впечатление результаты еще одного исследования психотерапии такого сложного контингента, как страдающие пограничным расстройством. Проверка результатов лечения по истечении трех лет после его завершения доказала устойчивость достигнутого улучшения их функционирования [31].

Каков необходимый и достаточный объем 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 [17]. Авторами данного мета-анализа, охватывающего значительное число исследований, включавших в общей сложности свыше 2 000 пациентов, было показано, что 14% пациентов

демонстрируют улучшение еще до первой сессии, 53% – после 8 еженедельных сессий, 75% – после 26 таких сессий, 83% – после 52. То есть 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 [29]. 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 ее эффективности. На основании исследования, обобщившего большое количество разных данных [22], 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%. Можно сделать вывод, что количество сессий в лечении большинства психических расстройств не должно быть меньше 20, чтобы большинство пациентов достигли необходимого улучшения. Для многих пациентов количество сессий должно быть значительно увеличено. Эти данные представляют огромный интерес для планирования объема 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 года 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 тяжелых 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 годы 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 определенные критерии психотерапевтического прогресса [25]. В сумме были отобраны 11 рандомизированных контролируемых (randomized controlled trials, RCT) 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, то есть в 96% случаев у пациентов в долгосрочной психодинамической терапии было значимое улучшение по сравнению с плацебо.

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

Этот вопрос естественным образом возник в процессе развития анализируемой сферы исследований. Г.Айзенк в своей статье 1994 года приводит целый список негативных последствий.

Г.Айзенк известен как ярый противник психоанализа, поэтому обратимся к более объективным свидетельствам авторов обзора из руководства под редакцией А.Бергин и С.Галфрид. 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. [33] предложили следующий критерий для фиксации ухудшения – утяжеление оце-

нок состояния по клиническим или самоотчетным шкалам хотя бы на один балл. D.Mohr [30] попытался выделить предикторы негативного результата психотерапии и пришел 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 тяжелое 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.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айзенк Г.Дж. Сорок лет спустя: новый взгляд на проблемы эффективности в психотерапии // Психологический журнал. 1994. Т. 14, № 4. С. 3–19.
2. Групповая психотерапия / Под ред. Б.Д.Карвасарского, С.Леде-ра. М., 1990. 384 с.
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика-М, 2004. 491 с.
4. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. М., 1985. 298 с.
5. Тукаев Р.Д. Оценка эффективности психотерапии с позиции медицины, основанной на доказательствах // Социальная и клиническая психиатрия. 2004. Т. 14, № 1. С. 87–96.
6. Andrews G. A treatment outline for depressive disorders: The Quality Assurance Project // Austr. NZ J. Psychiatry. 1983. Vol. 17. P. 129–146.
7. Bergin A.E., S.L.Garfield (Eds.). The evaluation of therapeutic outcomes. Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: John Wiley & Sons, 1971. P. 217–270.
8. Bergin A.E., Garfield S.L. (Eds.). Handbook of psychotherapy and behavior change. 5th ed. New York: John Wiley & Sons, 2004.
9. Carroll K.M., Rounsaville B.J., Nich C. et al. One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence // Arch. Gen. Psychiatry. 1994. Vol. 51. P. 989–997.
10. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1988.
11. Eysenck H.J. The effects of psychotherapy: An evaluation // J. Consult. Psychol. 1952. Vol. 16. P. 319–324.
12. Froyd J.E., Lambert M.J., Froyd J.D. A review of practices of psychotherapy outcome measurement // J. Mental Health. 1996. Vol. 5. P. 11–15.
13. Gloaguen V., Cottreau J., Cucherat M., Blackburn I.-M. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients // J. Affect. Dis. 1998. Vol. 49. P. 59–72.
14. Gould R.A., Otto M.W., Polack M.H. A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder // Clin. Psychol. Rev. 1989. Vol. 15, N 8. P. 819–844.
15. Grissom R.J. The magical number. 7+-2: Meta-meta-analysis of the probability of superior outcome in comparisons involving therapy, placebo, and control // J. Consult. Clin. Psychol. 1996. Vol. 64. P. 973–982.
16. Hill C.E., Lambert M.J. Methodological issues in studying psychotherapy processes and outcomes // Handbook of psychotherapy and behavior change. 5th ed. / A.E.Bergin, S.L.Garfield (Eds.). New York: John Wiley & Sons, 2004. P. 84–135.
17. Howard K.I., Kopta S.M., Krause M.S., Orlinsky D.E. The dose-effect relationship in psychotherapy // Am. Psychologist. 1986. Vol. 41. P. 159–164.
18. Jacobson N.S. A component analysis of behavioral marital therapy: The relative effectiveness of behavior exchange and communication/problem-solving training // J. Consult. Clin. Psychol. 1984. Vol. 52. P. 295–305.
19. Keijsers G., Hoogduin C., Schaap C. Predictors of treatment outcome in the behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder // Br. J. Psychiatry. 1994. Vol. 165, N 6. P. 781–786.
20. Kernberg O. Psychotherapy and psychoanalysis: Final report of the Menninger Foundation's psychotherapy research project // Int. J. Psychiatr. Med. 1973. Vol. 11. P. 62–77.
21. Klein D.F. Flawed meta-analyses comparing psychotherapy with pharmacotherapy // Am. J. Psychiatry. 2000. Vol. 157. P. 1204–1211.
22. Lambert M.J., Hansen N.B., Finch A.E. Patient focused research: using patient outcome data to enhance treatment effects // J. Consult. Clin. Psychol. 2001. Vol. 69. P. 159–172.
23. Lambert M.J., Ogles B.M. The efficacy and effectiveness of psychotherapy // Handbook of psychotherapy and behavior change. 4th ed. / A.E.Bergin, S.L.Garfield (Eds.). New York: John Wiley & Sons, 2004. P. 139–193.
24. Lehman A.F. Instruments for measuring quality of life in mental illness // Quality of life in mental disorders / H.Katschnig, H.Freeman, N.Sartorius (Eds.). Chichester, 1997. 368 p.
25. Leichsenring F., Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy. A meta-analysis // JAMA. 2008. Vol. 300, N 13. P. 1551–1565.
26. Lieberman M.A., Yalom I.D., Miles M.B. Encounter groups: First facts. New York: Basic Books, 1973. 464 p.
27. Lipsey M.W., Wilson D.B. The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis // Am. Psychologist. 1993. Vol. 48. P. 1181–1209.
28. McLellan A.T., Durrel J. Outcome evaluation in psychiatric and substance abuse treatment: concepts, rationale, and methods // Outcome assessment in clinical practice / L.J.Sederer, B.Dickey (Eds.). Baltimore, 1996. P. 34–33.
29. McNeilly C.L., Howard K.I. The effects of psychotherapy: A reevaluation based on dosage // Psychother. Res. 1991. Vol. 1. P. 74–78.
30. Mohr D.C. Negative outcome in psychotherapy: A critical review // Clinical Psychology: Science and Practice. 1995. Vol. 2. P. 1–27.
31. Najavits L.M., Gunderson J.G. Better than expected: Improvements in borderline personality disorder in a 3-year prospective outcome study // Comprehensive Psychiatry. 1995. Vol. 36. P. 296–302.
32. Robinson L.A., Berman J.S., Neimeyer R.A. Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research // Psychol. Bull. 1990. Vol. 108. P. 30–49.
33. Scogin F., Floyd M., Jamison C., Ackerson J. Negative outcomes: What is the evidence on self-administered treatments? // J. Consult. Clin. Psychol. 1996. Vol. 64. P. 1086–1089.

34. Shadish W.R., Matt G.E., Navarro A.M. et al. Evidence that the therapy works in clinically representative conditions // *J. Consult. Clin. Psychol.* 1997. Vol. 65. P. 355–365.

35. Shapiro D.A., Shapiro D. Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement // *Psychol. Bull.* 1982. Vol. 92. P. 581–604.

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

37. 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 // *J. Consult. Clin. Psychol.* 1983. Vol. 51. P. 856–863.

38. 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.

39. Thase M.E., Greenhouse J.B., Frank E. et al. Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations // *Arch. Gen. Psychiatry.* 1997. Vol. 54. P. 1009–1015.

НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОЦЕССА ПСИХОТЕРАПИИ И ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ. ЧАСТЬ I

А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян, И. В. Никитина, О. Д. Пуговкина

Подводятся итоги научных исследований процесса психотерапии и ее эффективности, которые ведутся вот уже на протяжении 80 лет. Эти итоги систематизируются в двух направлениях: 1) оценка результатов психотерапии (outcome) и ее эффективности (efficacy); 2) выделение факторов, влияющих на результаты и эффективность психотерапии, которые, в свою очередь, разделяются на три группы: связанные с протеканием процесса психотерапии; с характеристиками клиента; с характеристиками терапевта.

На основе анализа большого объема литературы, в том числе последнего пятого издания наиболее фундаментального руководства «Handbook of Psychotherapy and Behavior Change», посвященного этой проблеме (Bergin, Garfield, 2004), выделяются основные вопросы, стоящие в центре внимания исследователей. Описываются основные тенденции в организации исследований оценки результатов психотерапии: от оценки одним психотерапевтом к разным источникам оценки; от оценки отдельных аспектов к оценке разнообразных аспектов; повышение роли оценки результатов с точки зрения их практической значимости, а не подтверждения теории; от использования отдельных нестандартизированных методик к набору стандартизированных методик оценки; от одноразовых срезов к проверке устойчивости отсроченного эффекта; от отдельных исследований к масштабным мета-анализам; от оценки эффективности психотерапии в целом к оценке эффективности психотерапии конкретных психических расстройств конкретными психотерапевтическими методами; от

свободного психотерапевтического процесса к выработке строгих протоколов лечения, основанных на применении определенных техник. Рассматриваются концептуальные схемы оценки результатов психотерапии, например, содержащая следующие аспекты: редукция симптомов, улучшения в физическом, личном и социальном функционировании, стоимость лечения для здравоохранения. Приводятся возможные концептуальные схемы организации исследований эффективности, отражающие современные тенденции в их проведении. Итоги исследований эффективности рассмотрены в виде ответов 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 «платцебо»; 4) каков необходимый и достаточный объем психотерапевтической помощи; 5) есть ли пациенты, у которых в результате психотерапии отмечается негативный эффект; 6) существуют ли различия в эффективности различных психотерапевтических подходов; 7) каковы основные факторы, влияющие на эффективность психотерапии.

Проводится критический анализ методологии современных исследований эффективности как ориентированных прежде всего на нормы классической науки и недостаточно учитывающих специфику психотерапевтической практики.

Ключевые слова: психотерапия, эффективность психотерапии, факторы эффективности психотерапии.

RESEARCH CONCERNING THE PROCESS AND EFFICACY OF PSYCHOTHERAPY: CURRENT SITUATION. PART I

A. B. Kholmogorova, N. G. Garanyan, I. V. Nikitina, O. D. Pugovkina

This article sums up results of research concerning the process and efficacy of psychotherapy during recent 80 years. These results are grouped in two directions: (1) evaluation of the outcome of psychotherapy and its efficacy; (2) distinguishing the factors that influence the outcome and efficacy of psychotherapy, which are also divided into three groups: dealing respectively with the process of psychotherapy, with characteristics of the client, and characteristics of the therapist.

On the basis of investigation of literary sources, including the recent, 5th edition of the most fundamental of manual – “Handbook of Psychotherapy and Behavior Change” (Bergin, Garfield, 2004) – the authors formulate the main issues that draw the attention of investigators. The article describes principal tendencies in designs of research dealing with evaluation of outcome of therapy: from evaluation by one therapist to evaluation using different sources; from evaluation of individual aspects to evaluation of a variety of aspects; increasing role of the practical outcome, and not as a confirmation of a theory; from using certain non-standardized techniques to a set of standardized evaluation methods; from single cross-section evaluation to evaluation of a stable longer-term effect; from separate investigations to meta-analysis; from evaluation of efficacy of psychotherapy on the whole to evaluation of efficacy of specific psychotherapeutic

methods in specific mental disorders; from free psychotherapeutic process to strict treatment protocols with involvement of specific techniques.

The authors discuss conceptual schemes for evaluation of the outcome of therapy, for instance such as reduction of symptoms, improved physical, personal and social functioning, costs of treatment for health care. They refer to possible schemes for the studies on efficacy, in accordance with modern tendencies. The conclusions of research are summarized and presented as answers to a number of key problems: (1) Is psychotherapy an effective treatment for mental disorders; (2) Can therapy produce changes, which could be significant from clinical point of view; (3) Does therapy give better results than placebo; (4) What is an essential and sufficient range of psychotherapeutic care; (5) Are there patients with a negative effect of a psychotherapeutic intervention; (6) Do different psychotherapeutic approaches have different efficacy; (7) Which factors influence the efficacy of psychotherapy. The authors criticize the methodology of modern efficacy investigations, which are more oriented at classical research standards and do not properly consider the specific features of psychotherapeutic practice.

Key words: psychotherapy, psychotherapy efficacy, factors of efficacy.

Холмогорова Алла Борисовна – доктор психол. наук, профессор ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава», зав. лабораторией клинической психологии и психотерапии; e-mail: psytab2006@yandex.ru

Гаранян Наталья Георгиевна – канд. психол. наук, ведущий научный сотрудник ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»
Пуговкина Ольга Дмитриевна – канд. психол. наук, доцент кафедры клинической психологии и психотерапии Московского городского психолого-педагогического университета

Никитина Ирина Валерьевна – младший научный сотрудник ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»