

УДК 616.89-085:615.851(048.8)

НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОЦЕССА ПСИХОТЕРАПИИ И ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ЧАСТЬ 2*

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

ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»

Часть II. Факторы, влияющие на результат психотерапии

В предлагаемой статье подводятся итоги научных исследований процесса психотерапии и ее эффективности, которые ведутся вот уже на протяжении 80 лет. В первой части были систематизированы исследования, касающиеся оценки результатов психотерапии (outcome) и ее эффективности (efficacy).

Теперь обратимся ко второму большому блоку данных, касающихся факторов, влияющих на успешность процесса психотерапии. Эти данные, как уже упоминалось во введении к первой части статьи, в свою очередь, укладываются в три больших блока: 1) факторы, связанные с процессом; 2) факторы, связанные с характеристиками клиента; 3) факторы, связанные с характеристиками терапевта. Неизбежная условность такой классификации приводит к тому, что порой эти данные пересекаются.

2.1. Факторы, связанные с особенностями процесса

Сам процесс психотерапии во многом определяется спецификой психотерапевтического подхода. Поэтому перед исследователями закономерно встает вопрос: имеют ли различные виды психотерапии какие-то преимущества? С тех пор как в 1975 году группа исследователей дала ответ на этот вопрос, цитируя птицу Додо из «Алисы в стране чудес»: «Все выиграли, и все должны получить приз» [67], немного изменилось. Несмотря на возмущение Г.Айзенка и его попытку разоблачить авторов, уравнивающих эффект разных методов, поймать их на неправильном толковании результатов [1], новые данные в целом подтверждают этот вывод. Но все же истина оказалась где-то посередине, так как большинство современных мета-анализов фиксирует некоторое незначительное преимущество когни-

тивно-бихевиоральной психотерапии над остальными подходами. Преимущество это становится более заметным при работе с тяжелыми расстройствами. Кроме того, следует отметить значительную модификацию как клиент-центрированной, так и психодинамической психотерапии в плане утилизации ими ряда принципов и техник когнитивно-бихевиорального подхода.

Общие и специфические факторы. Проблема общих и специфических факторов процесса психотерапии остается одной из самых острых и дискуссионных. Традиционно выделяются общие факторы эффективности, в той или иной степени имеющие место в различных подходах. Именно их влиянием большинство исследователей объясняет примерно одинаковую эффективность различных подходов. М.Lambert, М.Ogles (часть 1) обобщили результаты различных исследований и выделили наиболее часто упоминаемые факторы процесса, влияющие на конечный результат психотерапии. Авторы свели их в три большие группы: 1) факторы поддержки; 2) факторы научения; 3) факторы активных действий. К первой группе они отнесли катарсис, идентификацию с психотерапевтом, позитивные отношения с ним, снижение уровня напряжения, структуру, терапевтический альянс, активное участие как терапевта, так и клиента, тепло, уважение, эмпатию, принятие, аутентичность у терапевта. Ко второй группе – советы, новый эмоциональный опыт, ассимиляцию проблемного опыта, когнитивное научение, коррекцию эмоционального опыта, обратную связь, инсайт, изменение ожиданий в плане собственной эффективности. Наконец, в третью группу вошли регуляция поведения, увеличение готовности конфронтации с источником страхов, рисковать, усилия в плане овладения навыками, моделирование, практическое овладение, тестирование реальности, переживание успеха, проработка. Разные авторы особо подчеркивают значение такого фактора, как терапевтический альянс.

Этот, казалось бы, полный список, тем не менее, не включает ряд факторов, которые весьма авторитетные исследователи считали определяющими для

* Статья (часть 1, часть 2) подготовлена при поддержке Российского Фонда фундаментальных исследований (грант 08-06-00331а). Часть 1 опубликована в журнале «Социальная и клиническая психиатрия». 2009. Т. 3. С. 92–100.

позитивного результата психотерапии. Таким образом, можно констатировать отсутствие на сегодняшний день общепринятого списка таких факторов. Наибольшую известность в европейских странах получили методологические разработки известного швейцарского методолога в области психотерапии К. Grawe [44]. Обобщив большое число исследований, он выделил следующие неспецифические факторы эффективности психотерапии: 1) направленность на компенсацию специфических дефицитов, 2) прояснение для пациента и изменение дезадаптивных представлений (смыслов) и мотивации; 3) актуализация и конкретизация проблем в виде нарушений когнитивных и эмоциональных процессов; 4) активизация ресурсов [44]. Первый, третий и четвертый факторы в наибольшей степени учитываются в когнитивно-бихевиоральном подходе, ориентированном на компенсацию конкретных дефицитов и максимальную конкретизацию проблем и ресурсов. Второй фактор, связанный с прояснением бессознательной мотивации – в психодинамическом. Как подчеркивает К. Grawe, научно-обоснованная психотерапия должна содержать мишени и техники, обеспечивающие работу всех четырех неспецифических факторов эффективности. Приведем данные одного из исследований этого автора. Хотя предметом анализа здесь являлась успешность и неуспешность отдельных сессий, а не курса психотерапии в целом, полученные данные представляют значительный интерес в аспекте факторов эффективности процесса.

Более чем 8 000 терапевтических сессий, проведенных и записанных на видео в клинике Берна, были разделены на две группы по критерию самочувствия клиента после сессии. Были выделены сессии, после которых пациент испытывал сильные негативные эмоции по отношению к обсуждавшейся проблеме. Эти сессии рассматривались как приводящие к сильной актуализации проблемы. Из этих сессий были, в свою очередь, выделены 30 сессий, во время которых пациент расценивал результат работы как положительный в плане своей способности к решению проблемы, а также (или) в плане переживания во время сессии проясняющего опыта. Были выделены также 30 сессий с плохим выходом по этим двум показателям. Каждая сессия была разбита на 10-минутные сегменты и все сессии были проанализированы посегментно на основе разработанного самим же К. Grawe метода анализа терапии. Все сегменты были проанализированы экспертами, метод был слепой, поскольку они не знали из какой сессии каждый кусочек.

Три оценочные шкалы были ориентированы на оценку того, насколько удовлетворяется потребность пациента в привязанности. Оказалось, что то, насколько удовлетворяется потребность пациента в надежной привязанности в то время, когда актуализируется его проблема и он испытывает сильную неконгруэнтность в плане своей способности ее решить, определяет, будет ли актуализа-

ция проблемы сопровождаться позитивным корректирующим опытом или чувством своей способности справиться с проблемой.

Шесть оценочных шкал адресованы различного типа ресурсам пациента, которые активизируются в этот момент. Активизация этих ресурсов дает пациенту важный опыт относительно своей способности справиться с проблемой и самоподкрепления.

Общий вывод: позитивный корректирующий опыт возникает только в тех случаях, когда актуализация проблемы сопровождается сильной тенденцией к активизации ресурсов.

Далее следовал поминутный анализ каждой сессии на основе специально разработанных критериев метода анализа терапии К. Grawe. Оказалось, что актуализация проблемы сама по себе не является самостоятельным фактором, важным является ее сочетание с таким фактором как активизация ресурсов.

В сеансах с хорошим результатом терапевт концентрировался преимущественно на конструктивных шагах к достижению цели, а не фиксации несоответствия между настоящим положением дел и целью. Проводилось сравнение самой лучшей сессии в курсе терапии с хорошим результатом и самой худшей сессии в курсе терапии с плохим результатом. Бросается в глаза разница в уровне активации ресурсов в успешной и неуспешной терапии. Речь идет об активации ресурсов клиента и активизирующих интервенций со стороны терапевта. Эта разница прослеживается на протяжении всего курса. Характерная особенность неудачных сеансов заключается в том, что терапевт вдруг сам оживает и начинает активизировать ресурсы клиента в конце сеанса, в последние десять минут.

При этом имеет место обратная корреляция между спонтанной активизацией ресурсов у клиента и активизирующими интервенциями со стороны терапевта: когда ресурсы пациента не активированы, терапевт пытается их активизировать, когда же они активизируются спонтанно, то терапевт игнорирует это. Прямо обратное соотношение и корреляции в успешных сессиях. Центральная характеристика неудачных случаев – игнорирование или недостаточное внимание к ситуациям активизации ресурсов у пациента. В результате у пациента возникает дефицит удовлетворительного корректирующего опыта в процессе психотерапии и уровень его неконгруэнтности остается очень высоким. То есть вторая важная мишень – «корректирующий опыт» также остается в дефиците вследствие низкого уровня активации ресурсов.

Еще один параметр сравнения – соотношение активизации проблемы и активизации ресурсов – в случае успешных сессий этот процесс носит синхронный характер и оба процесса примерно одинаковы по интенсивности, в случае неуспешных – активизация проблемы всегда значительно превышает активизацию ресурсов. В успешных сессиях

активация ресурсов резко доминирует в начале и конце сессии. В середине сессии увеличивается активизация проблемы, а активация ресурсов немного снижается. В неуспешных сессиях постоянно доминирует активизация проблемы.

Таким образом, для успешных случаев терапии характерно особое соотношение активизации ресурсов и активизации проблемы. Можно сделать вывод, что когда активация ресурсов превышает уровень активизации проблемы, то повышаются шансы для переживания позитивного корректирующего опыта и одновременно повышаются шансы хорошего результата психотерапии в целом. И наоборот, если актуализация проблемы не сопровождается активацией ресурсов, то шансы на переживание позитивного корректирующего опыта и удачного хода психотерапии снижаются.

K.Grawe постулирует, что наиболее важными для успешной психотерапии являются активизация ресурсов и переживание корректирующего опыта, что снижает уровень неконгруэнтности между потребностями и возможностями их удовлетворения.

Он также указывает, что этот аспект традиционно недооценивается в психоаналитической и когнитивно-бихевиоральной традиции. По его мнению, психотерапевт будущего – это, прежде всего, мастер и эксперт по активизации ресурсов, а не только эксперт по психическим расстройствам.

Характер лечения: натуралистическая и структурированная модели. Современная исследовательская методология эффективности психотерапии часто абстрагируется от уникальности отдельного пациента в пользу типичности того или иного расстройства. Поэтому на первый план в исследованиях стали выходить техники лечения конкретных расстройств и последовательность их применения. Общей методологией исследования становится обучение групп психотерапевтов определенным схемам лечения – протоколам, которых необходимо придерживаться в лечении. То есть, речь идет об унификации схем лечения в ущерб индивидуальному подходу. После выхода в 1980-х годах первых руководств по психотерапии структурированные модели при проведении исследований начинают доминировать над натуралистическими моделями, в которых терапевт не связан определенной схемой лечения.

Оценка структурированного лечения, основанного на протоколе или определенной схеме, самими психотерапевтами часто негативная [5]. Более того, было обнаружено, что наиболее эффективные психотерапевты в наибольшей степени отклоняются от предписанного схемой лечения протокола [94]. Еще одно исследование обнаружило даже негативную корреляцию между способностью заучивать протокол и интерперсональными навыками: жесткое следование протоколу затрудняло установление продуктивного рабочего альянса [46], а, в конечном счете, негативно отражалось на результате [32]. Один из последних мета-анализов, обобщивший данные 90 исследований, зафиксировал, что струк-

турированная модель лечения примерно также эффективна, как и натуралистическая [89]. Видимо, имеющиеся различия в отдельных исследованиях связаны со степенью тяжести и сложности пациентов, а не с моделью лечения как таковой. Примерно тот же самый вывод относительно сравнения двух моделей был сделан авторами мега-анализа, включившим 302 мета-анализа различных форм психотерапии [61].

Таким образом, натуралистическая модель психотерапевтического лечения (то есть основанная на свободном, индивидуализированном выборе терапевта, а не структурированном протоколе ведения пациента) продемонстрировала свои, как минимум, равные возможности со структурированной моделью. При наличии некоторых противоречий в данных других исследований, анализ всего массива данных, имеющихся на сегодняшний момент, позволяет сделать именно этот вывод.

Роль домашних заданий. Домашние задания используются во многих методах и являются важным средством регуляции процесса психотерапии. В большом количестве исследований подтверждено позитивное влияние домашних заданий на ход лечения и определенное преимущество видов психотерапии, предполагающих домашние задания [31]. Были также получены важные данные о связи между комплаенсом в выполнении заданий и успешностью психотерапии [4, 30, 54]. В одном из мета-анализов была выявлена сила эффекта 0,36 при сравнении методов, включающих и не включающих систему домашних заданий, и сила эффекта 0,22 при сравнении пациентов с разной степенью комплаенса при выполнении домашних заданий. Конечно, существуют сложные опосредующие влияния этой переменной. Например, степень сопротивления пациентов, их согласие с необходимостью и полезностью заданий и т.д. [4]. Как отмечают авторы обзора L.Beutler и соавт. [17], лишь небольшое количество исследований не смогли подтвердить роль этой переменной в процессе психотерапии. Таким образом, вывод о пользе домашних заданий при высоком уровне комплаенса можно считать достаточно обоснованным.

Интервенции, ориентированные на симптомы и инсайты, ориентированные на инсайт. Как уже отмечалось, задача оценить эффективность отдельных техник и технологий в процессе психотерапии привела к тому, что стали сравнивать не просто отдельные направления психотерапии, а оценивать вклад и эффективность отдельных техник или приемов лечения. Так, в качестве одной из задач стояла оценка влияния ориентированных на инсайт техник, которые традиционно используются в психодинамической психотерапии. При этом подразумевается, что за симптомами кроются различные конфликты, события из прошлого опыта, сильные эмоции, не осознаваться могут как сами эти события и эмоции, так и связи между симптомами и этими событиями и переживаниями. Их

проявление может приводить к инсайту, который, в свою очередь, приводит к редукции симптомов. Последние исследования показали незначительное, но все же наблюдаемое преимущество инсайт-ориентированных техник над теми, которые направлены на прямое изменение симптомов [14, 93]. Тем не менее, поскольку преимущество не столь значительно многие авторы интерпретируют его как связанное, в первую очередь, с типом пациентов, а не самими техниками. Так, для пациентов, склонных к интроспекции и самонаблюдению, инсайт-ориентированные техники могут быть более эффективны. И, наоборот, агрессивные и импульсивные пациенты больше получают при применении техник, ориентированных на симптомы и нежелательные формы поведения. Этот вывод, в целом подтверждает целый цикл исследований [16, 12].

Конечно, факторы процесса не исчерпываются рассмотренными здесь. Однако в отношении большинства из них результаты исследований достаточно противоречивы и они здесь не приводятся.

2.2. Факторы, связанные с характеристиками пациента

Очевидно, что не существует двух совершенно идентичных пациентов. Все они различаются по истории развития, социальным навыкам, интеллектуальному уровню, выраженности симптоматики, стремлению к изменениям и другим особенностям. Эти характеристики оказывают влияние на качество контакта, на процесс психотерапии и на ее результат. Современные исследования процесса психотерапии показывают, что характеристики пациента являются более важными факторами влияния, то есть в большей мере обуславливают результат психотерапии, чем применяемые методы [3, 23, 102].

Характеристики пациентов, влияние которых на процесс психотерапии подвергалось исследованию и оценке, можно классифицировать следующим образом:

- диагноз и степень тяжести симптоматики;
- социодемографические характеристики;
- личностные характеристики;
- интерперсональные характеристики.

Рассмотрим их последовательно.

Диагноз и степень тяжести симптоматики. Современная многоосевая диагностика психических расстройств подразумевает учет коморбидной личностной патологии, уровня психосоциального функционирования, наличия актуальных проблем в социальном окружении. В силу высокой коморбидности различных расстройств постановка задачи получения данных по отдельным диагнозам привела бы к крайнему упрощению реальной картины. По данным D.Mohr относительно более высокий уровень негативного исхода лечения имеют пациенты с диагнозом пограничного и обсессивно-компульсивного личностного расстройства [78].

Рассмотрим данные относительно депрессивных и тревожных расстройств. В получившей широкую

известность коллаборативной исследовательской программе лечения депрессии (TDCRP – Treatment of Depression Collaborative Research Program), принятой Институтом психического здоровья США (NIMH) 74% пациентов имели коморбидный личностного расстройства. Пациентов с коморбидным личностным расстройством отличал значимо худший результат в аспекте уровня социального функционирования, а также наличия резидуальных симптомов после окончания лечения независимо от применяемого метода. Эти данные подтверждаются результатами других исследований. Для коморбидной личностной патологии показано снижение эффективности лечения тяжелой депрессии методом поддерживающей динамической психотерапии [37], методом психодинамической интерперсональной психотерапии [45]. В обзоре 27 различных исследований W.McDermut и M.Zimmerman пришли к сходному выводу: наличие коморбидной личностной патологии ухудшает прогноз лечения депрессий [71].

Не столь однозначный вывод делают исследователи влияния коморбидной личностной патологии на результат лечения тревожных расстройств [29, 33, 97]. Так, по данным R.Turner плохой прогноз при лечении социальной фобии связан с наличием шизотипального, пограничного и избегающего расстройства, в то время как гистрионное и зависимое связаны с более благоприятным исходом [97]. Наиболее однозначные результаты получены относительно обсессивно-компульсивного расстройства: по данным разных авторов наличие коморбидного личностного расстройства существенно ухудшало результат [8, 34, 53].

Хорошо согласующиеся данные получены относительно негативного влияния на результат психотерапии такого фактора как тяжесть симптоматики [2, 11, 15, 47, 58]. Так, в уже упомянутом выше масштабном исследовании Института психического здоровья США (TDCRP) показано, что изначальная тяжесть депрессии, а также нарушения социального функционирования являются предикторами неоднозначного результата лечения. В случае тяжелых депрессий на первый план выдвигается комбинированное лечение – медикаментозное в сочетании с психосоциальными интервенциями. Более тяжелые депрессивные состояния требуют также большей продолжительности психотерапии [90]. Тяжесть проблемы оказалась также более важным предиктором результата лечения, чем качество и объем лечения в случае различного рода зависимостей (от алкоголя и наркотиков) [74].

Наконец, важным предиктором неудовлетворительного лечения является тяжесть нарушений социального функционирования (продуктивность в работе, качество интерперсональных отношений). Этот вывод был доказан для депрессивных пациентов [43, 92], нервной булимии [40], обсессивно-компульсивного расстройства [55] и химической зависимости [75]. В известном исследовании лечения депрессий T.Sotsky [92], включавшем 239 пациентов,

было выявлено 6 основных факторов, влияющих на исход лечения, независимо от применяемого метода (психодинамическая, когнитивно-бихевиоральная, лекарственная терапия или плацебо): уровень социальных и когнитивных дисфункций пациента, ожидания пациента от проводимого лечения, а также три характеристики симптоматики (эндогенная депрессия, двойная депрессия, длительность текущего эпизода). Были также выявлены предикторы хорошего исхода для различных методов. Для интерперсональной психодинамической психотерапии – это низкий уровень социальных дисфункций, а для когнитивно-бихевиоральной – когнитивных. Более высокая тяжесть симптоматики была связана с лучшим ответом на комбинированное лечение (медикаменты и психотерапия), и с худшим на монотерапию.

Социодемографические характеристики. Как показали самые разные исследования, возраст не оказывает сколько-нибудь существенного влияния на результат психотерапии, то есть как пожилые, так и молодые люди эффективнее преодолевают болезнь при наличии психотерапевтической помощи. Возможные сомнения относительно лиц пожилого возраста способствовали проведению мета-анализов специально для групп пожилых людей, которые показали высокую эффективность психотерапии в этой возрастной группе [87]. Причем примерно одинаковыми по эффективности оказались когнитивная, бихевиоральная и психодинамическая психотерапия амбулаторных пожилых пациентов, страдающих депрессией. Интересно, что та небольшая часть пациентов, которая сразу не дала положительного отклика на лечение, оставалась резистентной в течение двух лет, несмотря на продолжающееся лечение.

Социальноэкономический статус как переменная влияния по-разному оценивается в различных исследованиях. В одних констатируется отсутствие важной роли этого фактора [68], в других – прямая зависимость преждевременного прерывания лечения от уровня дохода и образования [7]. Относительно влияния пола можно сказать, что оно не отмечается как значимый фактор в подавляющем большинстве исследований.

Личностные характеристики. Уже отмечалось, что наличие коморбидного личностного расстройства зачастую связано с ухудшением ответа на терапию. Наряду с типологическим подходом к личности в современной науке интенсивно развивается параметрический подход, основанный на оценке выраженности отдельных личностных черт. В рамках темы данной статьи имеет смысл остановиться на тех личностных характеристиках, которые изучались в связи с их влиянием на эффективность проводимого психотерапевтического лечения. Лучше всего исследованы характеристики личности, связанные с психодинамической традицией, такие как «сила эго» и «способность мыслить в психологических категориях» (psychological mindedness).

Под силой Эго понимается зрелость представлений о себе и о мире в аспекте их дифференцирован-

ности и интегрированности, а также зрелые защитные механизмы и способность сохранять собственную идентичность, разрешая внешние и внутренние конфликты и проблемные ситуации. Участник знаменитого Меннингеровского проекта и один из наиболее крупных психотерапевтов нашего времени О.Кернберг в своем исследовании отметил статистически значимую связь между показателями «силы эго» и показателями успешности психотерапии [56]. Сходные результаты были получены и в других исследованиях [35, 88, 91]. Однако имеются исследования с использованием различных шкал для измерения силы эго, в которых описанная закономерность не подтвердилась [66, 98].

Еще одним объектом исследования стала личностная характеристика, которая описывается трудно переводимым на русский язык понятием psychological mindedness, за которым стоит способность человека мыслить в психологических категориях, то есть описывать и понимать свои и чужие проблемы именно как психологические. Полученные данные были весьма противоречивы; отсутствие какой-либо явной взаимосвязи в Меннингеровском проекте и наличие такой взаимосвязи в результативности групповых форм психотерапии [83]. Эти противоречия разрешились до определенной степени, благодаря исследованию роли psychological mindedness в разных форматах психотерапии – вскрывающей и поддерживающей [84]. Видимо, эта черта важна скорее для вскрывающей формы психотерапии.

Известный американский исследователь-психоаналитик S.Blatt предпринял попытку выделения таких диатезов в виде двух типов депрессии – анаклитического и интроективного, требующих различных методов лечения [21]. Он предположил, что для анаклитического типа, связанного с опытом утрат и проблемой зависимости в интерперсональных отношениях, больший эффект может быть связан с применением интерперсональной психотерапии Г.Клермана, позаимствовавший задачи и техники развития социальных навыков из когнитивно-бихевиорального подхода. Соответственно, для интроективного типа депрессии с высоким уровнем перфекционизма и самокритицизма в качестве более адекватной была рекомендована длительная психодинамическая работа, основанная на прояснении глубинной конкурентной мотивации и потребности в превосходстве. Многочисленные уходы пациентов из психотерапии (проблема drop out) в большом количестве случаев могут быть связаны с недостаточным учетом специфики различных личностных характеристик в каждом конкретном случае. Получены данные о негативном влиянии такой личностной черты как выраженный перфекционизм на результативность лечения [23].

Наконец, среди личностных характеристик, оказывающих определенное влияние на результат и длительность лечения, отмечаются ожидания от проводимого лечения [60, 63]. Позитивные ожидания в ходе лечения когнитивной терапией оказыва-

лись напрямую положительно связаны с позитивным результатом лечения [41].

Характеристики интерперсональных отношений. Одним из наиболее часто упоминаемых и исследуемых факторов успешности психотерапии, связанных с особенностями клиента, является качество его интерперсональных отношений [64]. Эти отношения описываются представителями разных направлений психотерапии самым различным образом. Одни больше внимания уделяют истории отношений с другими людьми, другие – представлениям и верованиям относительно других людей. Третьи – качеству социальной поддержки и особенностям актуальных отношений в социальной сети, наконец. Могут исследоваться и отношения с терапевтом в процессе психотерапии как предиктор успеха психотерапии.

Одним из наиболее широко признанных характеристик качества интерперсональных отношений является стиль поведения привязанности, который был выделен и описан в цикле исследований J. Bowlby [24–26]. Пациенты с надежным типом привязанности воспринимают себя как компетентных в интерперсональных отношениях и ждут от других людей позитивного отношения. В исследовании, где все пациенты были отнесены к определенному типу привязанности на основе специальной методики, было показано, что надежная привязанность прямо связана как с более высоким уровнем социального функционирования и менее тяжелыми симптомами, так и с более успешными результатами психотерапии [76]. Пациенты с ненадежной привязанностью чаще бывают резистентными к лечению, чаще испытывают трудности в обращении за помощью и использованием помощи, когда она предлагается [38]. Была обнаружена прямая связь между высокими показателями по шкале рабочего альянса и надежной привязанностью [86] и обратная закономерность для ненадежной привязанности. Скорость формирования рабочего альянса также оказалась наибольшей у пациентов с надежным типом привязанности [39]. Вместе с тем у пациентов с ненадежной привязанностью могут наблюдаться значительные позитивные изменения в показателях рабочего альянса в процессе психотерапии [39]. Так, в процессе аналитической психотерапии по О. Кернбергу, то есть сфокусированной на работе с переносом, у двоих пациентов с пограничным личностным расстройством в течение года работы отмечалась позитивная динамика от ненадежного стиля привязанности к надежному [36].

Анализ фрагментов записи психотерапевтических сессий показал, что способность пациента занимать активную позицию в процессе психотерапии и его заинтересованность оказывали позитивное влияние на исход психотерапии. Способность пациента к установлению рабочего альянса оказалась важным предиктором успешности психотерапии [50, 69].

Таким образом, можно сделать вывод, что история интерперсональных отношений, а также акту-

альная способность пациента к хорошему рабочему альянсу являются важными предикторами успеха психотерапии.

L. Beutler и соавт. предприняли аналитическое исследование для более комплексной оценки вклада различных факторов, связанных с диагнозом, социодемографическими и личностными характеристиками, а также особенностями интерперсональных отношений клиента [17]. Из различных переменных были отобраны шесть наиболее значимых, а именно: 1) нарушение социального и когнитивного функционирования; 2) уровень субъективного дистресса (внутреннее состояние); 3) уровень социальной поддержки (наличие естественной системы социальной поддержки и ее позитивная оценка пациентом); 4) сложность (наличие коморбидных диагнозов) и хронический характер расстройства; 5) reactance – выраженность оппозиционного поведения в ситуациях предписания [28] и уровень сопротивления; 6) совладающий стиль (способы совладания с проблемными ситуациями).

Как видно, в список в качестве негативных предикторов процесса психотерапии вошли характеристики клинического состояния – нарушение функционирования, сложность диагноза и хронический тип течения расстройства. Перечисленные особенности не означают противопоказаний к психотерапии, но требуют более комплексного и длительного лечения.

Уровень субъективного дистресса, оппозиционность и сопротивление, а также совладающий стиль – это характеристики того, как пациенты решают возникающие проблемы. Есть некоторые свидетельства в пользу того, что высокий и средний уровень субъективного дистресса обладают мотивирующим действием и предсказывают более благоприятный ответ на психотерапию [57, 59, 73]. Оппозиционность и сопротивление часто связываются с плохим рабочим альянсом и ухудшением ответа на психотерапию [18, 77]. L. Beutler и соавт. определяют копинги как способы совладания с тревогой и адаптации к окружению [17]. Имеется большой объем литературы на тему экстернальных (импульсивное, социотропное поведение) и интернальных (обсессивность, автономность, торможение внешнего поведения) совладающих стилей. Оказалось, что разные стили могут по-разному предсказывать ответ на тот или иной вид терапии. Однако эти исследования нуждаются в дальнейшей проверке [62].

Наконец, последняя переменная, роль которой оказалась значимой для результата психотерапии – социальная поддержка. В ее оценке одинаково важно как объективное наличие людей, составляющих социальную сеть пациента, как источник социальной поддержки, так и субъективная оценка пациентом удовлетворенности той поддержкой, которую он получает. Накоплено очень большое число однозначных свидетельств в пользу того, что социальная поддержка является важным буфером, предотвращающим повторные приступы, а также весьма существенным предиктором успеха психо-

терапии [42, 48, 61, 79, 101]. В целом можно сделать достаточно однозначный вывод: чем выше уровень воспринимаемой социальной поддержки, тем лучше прогноз лечения.

2.3. Факторы, связанные с характеристиками терапевта

Мы уже отмечали невозможность оценки «чистого эффекта метода», так как не менее, если не более значимыми с точки зрения эффективности психотерапии являются характеристики пациента. То же самое касается влияния личности психотерапевта, между тем многие исследования фактически выносят за скобки связанные с ней переменные. Как отмечают авторы обобщающего анализа исследований, касающихся роли личности психотерапевта, «на протяжении последних 20 лет было осуществлено концептуальное разделение влияния терапевта и влияния самого лечения как такового; первое рассматривалось как источник ошибок, второе – как специфический эффект» [17]. L.Beutler и соавт. отмечают неправомерность такой методологической позиции, так как метод не существует сам по себе, а всегда является инструментом в руках конкретного специалиста. Авторы обзора подчеркивают, что на современном этапе исследований имеет смысл задаться вопросом: «Кто с кем и в каких условиях работает?».

Демографические характеристики (пол, возраст). Для оценки такой переменной как пол психотерапевта D.Bowman и соавт. [27] был проведен мета-анализ 58 исследований, показавший некоторое преимущество женского пола по сравнению с мужским в осуществлении психотерапевтического лечения (размер эффекта был равен 0,4). Однако L.Beutler и соавт. [17], рассмотрев 10 исследований, в которых изучались связи между полом психотерапевта, а также количеством преждевременных уходов из психотерапии (drop out) и степенью ее успешности, приходит к выводу, что в большинстве из них этот вывод не подтверждается. Таким образом, относительно роли пола психотерапевта в успешности психотерапии трудно сделать какие-то определенные выводы.

Влияние возраста на эффективность психотерапии исследовалось в двух аспектах: возраст психотерапевта сам по себе и по отношению к возрасту пациента. Оказалось, что имеется лишь одно исследование, в котором специально отслеживалось влияние возраста психотерапевта на результативность психотерапии [9] и был сделан вывод об отсутствии какой-либо связи между ними. Тем не менее, D.Beck [10] в исследовании 250 терапевтов, работавших с 1500 пациентами, обнаружил, что у психотерапевтов, которые на 10 и более лет младше своего клиента, наблюдается значительно более низкий результат, чем у терапевтов, чьи клиенты были одного с ними возраста. L.Beutler и соавт., делают вывод, что на данный момент никаких определенных и однозначных выводов о связи между

возрастом терапевта и результатом психотерапии сделать нельзя.

Тип подготовки и профессиональный опыт. Исследование, посвященное сравнению психиатров и психологов, занимающихся психотерапией, выявило незначительное преимущество психологов по параметру результативности психотерапевтического лечения (сила эффекта 0,28). В уже неоднократно упомянутом исследовании депрессий TDCRP, проведенном Институтом психического здоровья США, при сравнении результатов работы 24 психиатров и психологов, работавших с пациентами, было отмечено, что независимо от профессиональной принадлежности, лучших результатов достигали те, кто не прописывал медикаментозного лечения и акцентировал роль психологических факторов в своем взгляде на депрессию (средний показатель силы эффекта – 0,48). Было также показано, что специалисты первичной медицинской сети хуже распознают и лечат депрессивные расстройства, чем специалисты в сфере психического здоровья [99].

Интересны данные относительно людей, переживших тяжелый травматический стресс. Для них более эффективной оказалась эффективная система естественной поддержки, чем лечение у психотерапевта [19, 20]. Специальное психотерапевтическое лечение, таким образом, в первую очередь рекомендуется тем представителям этого контингента, которые лишены естественной системы поддержки в виде надежных семейных связей и более широкой социальной сети.

Первые исследования фактора опытности терапевта не дали однозначных результатов о преимуществах опыта, видимо, в силу погрешностей в организации исследования. В более поздних исследованиях были обнаружены несомненные преимущества опытных психотерапевтов над менее опытными [22, 85]. L.Luborsky и соавт. [65] обнаружили, что разные терапевты различаются по успешности в работе с разным типом пациентов, что несколько сглаживает различия, связанные с опытом.

Данные о важной роли опыта психотерапевта в успешности психотерапии подтверждаются более поздними исследованиями, касающимися конкретных расстройств. Так, однозначные результаты о значительном преимуществе опытных психотерапевтов были получены в мультицентровом коллаборативном исследовании результативности лечения пациентов, страдающих паническим расстройством [52].

Очень интересный вывод следует из попыток сравнить влияние общего опыта работы и объема специальной подготовки (тренинга в каком-то виде лечения по определенному протоколу или схеме). Оказалось, что такой тренинг сам по себе, скорее всего, не оказывает сколько-нибудь существенного влияния на успех работы, а гораздо важнее именно фактор опыта психотерапевта [17].

Коммуникативный стиль. Авторы обзора L.Beutler и соавт. [17] отмечают, что в последние два десятилетия появилось очень небольшое количество

работ на эту тему. Основные выводы, которые позволяют сделать более ранние исследования, сводятся к следующему. Во-первых, важность дружеского, доброжелательного стиля общения, которая подтверждена многочисленными данными [96]. Во-вторых, положительная связь между хорошим результатом и высоким уровнем вербальной активности терапевта [49], особенно при лечении тревожных расстройств методом когнитивной терапии [11]. В этой активности важным аспектом является введение терапевтом новых значимых тем для обсуждения [51], причем особую роль играет готовность пациента к их введению.

Личностные качества. Многочисленные попытки отыскать набор черт психотерапевта, прямо влияющих на результат и успешность психотерапии, поначалу казались многообещающими, но позднее оказались малопродуктивными. Так, было изучено влияние целого ряда личностных характеристик психотерапевтов на результаты психотерапии методом *post-hoc analyses* [6]. В исследовании принимали участие более 100 пациентов, страдающих депрессией. Уровень опыта и профессиональных навыков терапевтов контролировались. Однако ни одна из изучаемых черт не показала сколько-нибудь значимого влияния на результат. В настоящее время интерес к поиску специфических черт-предикторов успеха психотерапевта угас. D.Orlinsky [81] предположил, что не существует «хороших» и «плохих» терапевтов в абсолютном смысле этих слов, что терапевты со скромными результатами лечения одних случаев, могут быть очень эффективны в терапии других групп пациентов.

Была обнаружена негативная корреляция между личными трудностями терапевта и прогрессом пациента [13, 82]. Так, было обнаружено, что степень так называемого «выгорания» у терапевта, негативно связана с оценкой им же результата психотерапии [70]. Важным оказался такой параметр эмоционального благополучия как степень уверенности психотерапевта. Он оказался особенно важным для первых сессий, как фактор, предотвращающий уход из терапии [72], кроме того, наиболее хорошие показатели зафиксированы у тех пациентов, которые высоко оценивали степень уверенности своих терапевтов [100]. Вместе с тем есть ука-

зания на опосредующие факторы, такие как самооценка самого пациента. Например, было обнаружено, что такое положительное влияние уверенности психотерапевта обнаруживается, когда самооценка пациента тоже достаточно высока [95].

Таким образом, можно зафиксировать, что найти простые и однозначные связи между личностными характеристиками психотерапевта и результатом лечения не удается.

Заключение

В данном обзоре представлено современное состояние обширной и значимой области исследований, касающихся психотерапии, а именно показателей и факторов ее эффективности. В силу большого объема представленных эмпирических данных, не уделено 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 [80] прямо пишет о некорректности перенесения ряда исследовательских принципов современной медицины на психотерапию в силу ее специфических особенностей как метода помощи. Он отмечает, что «область исследований психотерапии надела «парадный костюм» (trapping) нормальной науки по Куну, то есть выработала общепризнанную модель проведения исследований или парадигму». Используя игру английских слов, он подчеркивает, что «одновременно с этим достижением согласия и приобретением статуса парадигмы, эта сфера исследований попала в капкан (trap) мало реалистичной и узкой исследовательской модели». Подобные сомнения и неудовлетворенность выражают и другие авторы – эксперты в этой области. Однако критический анализ методологии исследований психотерапии является отдельной задачей. 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. Т. 14, № 4. С. 3–19.
2. Тукаев Р.Д. Оценка эффективности психотерапии с позиции медицины, основанной на доказательствах // Социальная и клиническая психиатрия. 2004. Т. 14, № 1. С. 87–96.
3. Ablon J.S., Jones E.E. Psychotherapy process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program // J. Consulting Clin. Psychol. 1999. Vol. 67, N 1. P. 64–75.
4. Addis M.E., Jacobson N.S. A closer look at the treatment rationale and homework compliance in cognitive behavioral therapy for depression // Cogn. Therapy Res. 2000. Vol. 24. P. 313–326.
5. Addis M.E., Krasnow A.D. A national survey of practicing psychologist's attitudes toward psychotherapy treatment manuals // J. Consulting Clin. Psychol. 2000. Vol. 68. P. 1–9.
6. Antonuccio D.O., Lewinsohn P.M., Steinmetz J.L. Identification of therapist differences in a group treatment for depression // J. Consulting Clin. Psychol. 1982. Vol. 50. P. 433–435.
7. Armbruster P., Fallon T. Clinical, sociodemographic, and systems risk factors for attrition in a children's mental health clinic // Am. J. Orthopsychiatry. 1994. Vol. 64. P. 577–585.
8. AuBuchon P.G., Malatesta V.J. Obsessive compulsive patients with comorbid personality disorder: associated problems and response to a comprehensive behavior therapy // J. Clin. Psychiatry. 1994. Vol. 55. P. 448–453.
9. Barber J.P., Muenz L.R. The role of avoidance and obsessiveness in matching patients to cognitive and interpersonal psychotherapy: Empirical findings from the treatment of Depression Collaborative Research Program // J. Consulting Clin. Psychol. 1996. Vol. 64, N 5. P. 951–958.
10. Beck D.F. Counselor characteristics: How they affect outcomes. Milwaukee, WI: Family Service of America, 1988.
11. Beckham E.E. Improvement after evaluation in psychotherapy of depression: Evidence of a placebo effect // J. Clin. Psychology. 1988. Vol.

45. P. 945–950.
12. Beutler L.E., Clarkin J.F., Bongar B. Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient. New York: Oxford University Press, 2000.
13. Beutler L.E., Crago M., Arizmend T.G. Therapist variables in psychotherapy process and outcome // Handbook of psychotherapy and behavior change / S.L.Garfield, A.E.Bergin (Eds.). New York: Wiley, 1986.
14. Beutler L.E., Engle D., Mohr D. et al. Predictors of differential and selfdirected psychotherapeutic procedures // J. Consulting Clin. Psychology. 1991. Vol. 59. P. 333–340.
15. Beutler L.E., Hamblin D.L. Individualized outcome measures of internal change: Methodological considerations // J. Consulting Clin. Psychology. 1986. Vol. 54. P. 48–53.
16. Beutler L.E., Mohr D.C., Grawe K. et al. Looking for differential effects: Cross-cultural predictors of differential psychotherapy efficacy // J. Psychother. Integration. 1991. Vol. 1. P. 121–142.
17. Beutler L.E., Moleiro M., Malik M., Harwood T.M. The UC Santa Barbara Study of fitting therapy to patients: First results // A paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research. Chicago, IL, 2000.
18. Bishoff M.M., Tracey T.J.G. Client resistance as predicted by the therapist behavior: A study of sequential dependence // J. Counseling Psychol. 1995. Vol. 42. P. 487–495.
19. Bisson J.I., Deahl M.P. Psychological debriefing and prevention of post traumatic stress: More research is needed // Br. J. Psychiatry. 1994. Vol. 165. P. 717–720.
20. Bisson J.I., Jenkins P.L., Alexander J., Bannister C. A randomized controlled trial of psychological debriefing for victims of acute harm // Br. J. Psychiatry. 1997. Vol. 171. P. 78–81.
21. Blatt S.J., Ford R.O., Berman W.H.Jr. et al. Therapeutic change: An object relations perspective. New York: Plenum Press, 1994.
22. Blatt S.J., Sanislow C.A., Zurhoff D.C., Pilkonis P.A. Characteristics of effective therapists: Further analysis of data from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program // J. Consulting Clin. Psychol. 1996. Vol. 64. P. 1276–1284.
23. Blatt S.J., Quinlan D.M., Pilkonis P.A., Shea M.T. Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment of depression // J. Consulting Clin. Psychol. 1995. Vol. 63. P. 125–132.
24. Bowlby J. Disruption of affectional bonds and its effects on behavior // Canada's Mental Health Supplement. 1969. Vol. 59. P. 12–19.
25. Bowlby J. By ethology out of psycho-analysis: An experiment in interbreeding // Animal Behavior. 1980. Vol. 28. P. 649–656.
26. Bowlby J. A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. New York: Basic Books, 1988. 205 p.
27. Bowman D.G., Scogin F., Floyd M., McKendree-Smith N. Effect of therapist sex on outcome of psychotherapy: A meta-analysis // Psychotherapy. 2001. Vol. 38. P. 142–148.
28. Brehm S.S. The application of social psychology to clinical practice. Washington, DC: Hemisphere, 1976.
29. Brown E.J., Heimberg R.G., Juster H.R. Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive behavioral treatment // Behav. Ther. 1995. Vol. 26. P. 467–486.
30. Bryant M.J., Simons A.D., Thase M.E. Therapist skill and patient variables in homework compliance: Controlling an uncontrolled variable in cognitive therapy outcome research // Cogn. Ther. Res. 1999. Vol. 23. P. 381–399.
31. Burns D.O., Spangler D.L. Does psychotherapy homework lead to improvements in depression in cognitive-behavioral therapy, does improvement lead to increased homework compliance? // J. Consulting Clin. Psychol. 2000. Vol. 68. P. 46–56.
32. Castonguay L.G., Goldfried M.R., Wiser S. et al. Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors // J. Consulting Clin. Psychol. 1996. Vol. 64. P. 497–504.
33. Chambless D.L., Tran G.Q., Glass C.R. Predictors of response to cognitive-behavioral group therapy for social phobia // J. Anxiety Dis. 1997. Vol. 11. P. 221–240.
34. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1988.
35. Conte H., Plutchik R., Picard S., Karasu T. Can personality traits predict psychotherapy outcome? // Comprehensive Psychiatry. 1991. Vol. 32. P. 66–72.
36. Diamond D., Clarkin J., Levine H. et al. Attachment theory and borderline personality disorder: A preliminary report // Psychoanalytic Inquiry. 1999. Vol. 19. P. 831–884.
37. Diguier L., Barber J.P., Luborsky L. Three concomitants: personality disorders, psychiatric severity and outcome of dynamic psychotherapy of major depression // Am. J. Psychiatry. 1993. Vol. 150. P. 1246–1248.
38. Dozier M., Lomax L., Tyrrell C. Psychotherapy's challenge for adults using deactivating attachment strategies. Manuscript, University of Delaware, 1996.
39. Eames V., Roth A. Patient attachment orientation and the early working alliance – A study of patient and therapist reports of alliance quality and raptures // Psychotherapy Res. 2000. Vol. 10. P. 421–434.
40. Fahy T.A., Russell G.F. Outcome and prognostic variables in bulimia nervosa // Int. J. Eating Dis. 1993. Vol. 14. P. 135–145.
41. Gaston L., Marmar C.R., Gallagher D., Thompson L.W. Impact of confirming patient expectations of change processes in behavioral cognitive, and brief dynamic psychotherapy // Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. 1989. Vol. 26. P. 296–302.
42. George L.K., Blazer D.G., Hughes D.C. Social support and the outcome of major depression // Br. J. Psychiatry. 1989. Vol. 154. P. 478–485.
43. Gitlin M.J., Swendsen J., Heller T.L., Hammen C. Relapse and impairment in bipolar disorder // Am. J. Psychiatry. 1995. Vol. 152. P. 1635–1640.
44. Grawe K. Psychologische therapie [Psychological therapy]. Göttingen: Verlag für Psychologie, 1998.
45. Hardy G.E., Barkham M., Shapiro D.A. et al. Impact of Cluster C personality disorders on outcomes of contrasting brief psychotherapies for depression // J. Consulting Clin. Psychol. 1995. Vol. 63. P. 997–1003.
46. Henry W.P., Shacht T.E., Strupp H.H. et al. Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Mediators of therapist's responses to training // J. Consulting Clin. Psychol. 1993. Vol. 64. P. 973–982.
47. Hoberman H.M., Levinsohn P.M., Tilson M. Group treatment of depression: Individual predictors of outcome // J. Consulting Clin. Psychol. 1988. Vol. 56. P. 393–398.
48. Hooley J.M., Taesdale J.D. Predictors of relapse in unipolar depressives: Expressed emotion, marital distress, and perceived criticism // J. Abnorm. Psychol. 1989. Vol. 98. P. 229–235.
49. Horn-George J.B., Anchor K.N. Perceptions of the psychotherapy relationship in long-versus short-term therapy // Professional Psychol. 1982. Vol. 13. P. 483–491.
50. Horowitz M.J., Marmar C.M., Weiss D.S. et al. Brief psychotherapy of bereavement reactions // Arch. Gen. Psychiatry. 1984. Vol. 41. P. 438–448.
51. Horvath A.O., Greenberg L. The development of the Working Alliance Inventory // The psychotherapeutic process / L.S.Greenberg, W.M.Pinsof (Eds.). New York: Guilford Press, 1986.
52. Hupert J.D., Bufka L.E., Barlow D.H. et al. Therapists, therapist variables, and CBT outcome for panic disorder: Results from a multicenter trial // J. Consulting Clin. Psychol. 2001. Vol. 69. P. 747–755.
53. Jenike M.A. Approaches to the patient with treatment-refractory obsessive compulsive disorder // J. Clin. Psychiatry. 1990. Vol. 51. P. 15–21.
54. Kazdin A.E., Mascitelli S. Covert and overt rehearsal and homework practice in developing assertiveness // J. Consulting Clin. Psychology. 1982. Vol. 50. P. 250–258.
55. 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.
56. Kernberg O., Burstein E., Coyne L. et al. Psychotherapy and psychoanalysis: Final report of the Menninger Foundation's psychotherapy research project // Bull. Menninger Clin. 1972. Vol. 36. P. 1–275.
57. Klerman G.L., DiMascio A., Weissman M. et al. Treatment of depression by drugs and psychotherapy // Am. J. Psychiatry. 1974. Vol. 131. P. 186–191.
58. Lambert M.J., Anderson E.M. Assessment for the time-limited psychotherapies // Review of Psychiatry / L.J.Dickstein, M.B.Riba, J.M.Oldham (Eds.). Washington, DC: American Psychiatric Press, 1996. P. 23–42.
59. Lambert M.J., Bergin A.E. Therapist characteristics and their contribution to psychotherapy outcome // The handbook of clinical psychology / C.E.Walker (Ed.). New York, 1983. P. 205–241.
60. Lennard H.L., Bernstein A. The anatomy of psychotherapy: Systems of communication and expectation. New York: Columbia University Press, 1960. 636 p.
61. Longabaugh R., Beattie M., Noel N. et al. The effect of social investment on treatment outcome // J. Studies Alcohol. 1993. Vol. 54. P. 465–478.
62. Longabaugh R., Rubin A., Malloy P. et al. Drinking outcomes of alcohol abusers diagnosed as antisocial personality disorder // Alcoholism: Clinical and Experimental Res. 1994. Vol. 18. P. 778–785.
63. Lorr M., Mc Nair D.M. Correlates of length of psychotherapy // J. Clin. Psychol. 1964. Vol. 20. P. 497–504.
64. Luborsky L., Barber J.P., Beutler L. Introduction to Special Section: A briefing on curative factors in dynamic psychotherapy // J. Consulting Clin. Psychol. 1993. Vol. 61. P. 539–541.
65. Luborsky L., McLellan A.T., Diguier L. et al. The psychotherapist matters: Comparison of outcomes across twenty two therapists and seven patient samples // Clin. Psychol.: Science and Practice. 1997. Vol. 4. P. 53–63.
66. Luborsky L., Mintz J., Auerbach A. et al. Predicting the outcome of psychotherapy: Findings of the Penn Psychotherapy Project // Arch. Gen. Psychiatry. 1980. Vol. 37. P. 471–481.
67. Luborsky L., Singer J., Luborsky L. Comparative studies of psychotherapy // Arch. Gen. Psychiatry. 1975. Vol. 32. P. 995–1008.
68. MacDonald A.J. Brief in adult psychiatry // J. Family Therapy. 1994. Vol. 16. P. 415–426.

69. Marziali E., Marmar C., Krupnick J. Therapeutic alliance scales: Development and relationship to psychotherapy outcome // *Am. J. Psychiatry*. 1981. Vol. 138. P. 361–364.
70. McCarthy W.C., Frieze I.H. Negative aspects of therapy: Client perceptions of therapists' social influence, burnout, and quality of care // *J. Soc. Issues*. 1999. Vol. 55. P. 33–55.
71. McDermut W., Zimmerman M. The effect of personality disorders on outcome in the treatment of depression // *Mood and anxiety disorders / A.J. Rush (Ed.). Philadelphia: Williams & Wilkins*, 1998. P. 321–338.
72. McGuff R., Gitlin D., Enderlin M. Client's and therapists' confidence and attendance at planned individual therapy sessions // *Psychol. Reports*. 1996. Vol. 79. P. 537–538.
73. McLean P.D., Taylor S. Severity of unipolar depression and choice of treatment // *Behav. Res. Therapy*. 1992. Vol. 30. P. 443–451.
74. McLellan A.T., Alterman A.I., Metzger D.S. et al. Similarity of outcome predictors across opiate, cocaine, and alcohol treatments: Role of treatment services // *J. Consulting Clin. Psychol.* 1994. Vol. 62, N 6. P. 1141–1158.
75. McLellan A.T., Luborsky L., Woody G.E. et al. Predicting response to alcohol and drug abuse treatments: Role of psychiatry severity // *Arch. Gen. Psychiatry*. 1983. Vol. 40. P. 620–625.
76. Meyer B., Pilkonis P.A., Proletti J.M. et al. Adult attachment styles, personality disorders, and response to treatment // *J. Personality Dis.* 2001. Vol. 15. P. 371–389.
77. Miller W.R., Benefield R.G., Tonigan J.S. Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles // *J. Consulting Clin. Psychol.* 1993. Vol. 61. P. 455–461.
78. Mohr D.C. Negative outcome in psychotherapy: A critical review // *Clin. Psychol.: Science and Practice*. 1995. Vol. 2. P. 1–27.
79. Moos R.H. Depressed outpatients' life contexts, amount of treatment and treatment outcome // *J. Nerv. Ment. Dis.* 1990. Vol. 178. P. 105–112.
80. Orlinsky D.E. Comments on the State of Psychotherapy Research // *IFP newsletter*. Zurich, 2007. P. 11–14.
81. Orlinsky D.E. Personal communication // *Women and psychotherapy / A.M. Brodsky, R.T. Hare-Mustin (Eds.)*. New York: Guilford, 1985. P. 3–34.
82. Parloff M.B., Wolfe B., Hadley S., Waskow I.E. Assessment of psychosocial treatment of mental disorders: Current status and prospects. Report by NIMH Working Group, Advisory Committee on Mental Health, Institute of Medicine, National Academy of Sciences, 1978.
83. Piper W.E., Debbane E.G., Bienvu J.P., Garant J. A comparative study of four forms of psychotherapy // *J. Consulting Clin. Psychol.* 1984. Vol. 52. P. 268–279.
84. Piper W.E., McCallum M., Azim H.F.A. Adaptation to loss through short-term group psychotherapy. New York: Guilford Press, 1992.
85. Propst A., Paris J., Rosberger Z. Do therapist experience, diagnosis and functional level predict outcome in short-term psychotherapy // *Can. J. Psychiatry*. 1994. Vol. 39, N 3. P. 168–176.
86. Satterfield W.A., Lyddon W.J. Client attachment and the working alliance // *Counseling Psychology Quarterly*. 1998. Vol. 11. P. 407–415.
87. Scogin F., McElreath L. Efficacy of psychosocial treatments for geriatric depression: A quantitative review // *J. Consulting Clin. Psychol.* 1994. Vol. 62. P. 69–74.
88. Sexton H., Fornes G., Kruger M.B. et al. Handicraft or interactional groups: A comparative outcome study of neurotic clients // *Acta Psychiatr. Scand.* 1990. Vol. 82. P. 339–343.
89. Shadish W.R., Matt G.E., Navarro A.M., Philips G. The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis // *Psychol. Bull.* 2000. Vol. 126. P. 512–529.
90. Shapiro D.A., Barkham M., Rees A. et al. Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy // *J. Consulting Clin. Psychol.* 1994. Vol. 62. P. 522–534.
91. Sohlberg S., Norring C. Ego functioning predicts first-year status in adults with anorexia nervosa and bulimia nervosa // *Acta Psychiatr. Scand.* 1989. Vol. 80. P. 325–333.
92. Sotsky S.M., Glass D.R., Shea M.T. et al. Client predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: Findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program // *Am. J. Psychiatry*. 1991. Vol. 148, N 8. P. 997–1008.
93. Stiles W.B., Shapiro D.A. Disabuse of the drug metaphor: Psychotherapy process-outcome correlations // *J. Consulting Clin. Psychol.* 1994. Vol. 62, N 5. P. 942–948.
94. Strupp H.H., Anderson T. On the limitations of therapy manuals // *Clin. Psychol.: Science and Practice*. 1997. Vol. 4. P. 76–82.
95. Talley P.F., Strupp H.H., Morey L.C. Matchmaking in psychotherapy: Patient-therapist dimensions and their impact on outcome // *J. Consulting Clin. Psychol.* 1990. Vol. 58. P. 182–188.
96. Thompson B.J., Hill C.E. Client perceptions of therapist competence // *Psychother. Res.* 1993. Vol. 3, N 2. P. 124–130.
97. Turner R.M. The effects of personality disorder diagnosis on the outcome of social anxiety symptom reduction // *J. Personality Dis.* 1987. Vol. 1. P. 136–143.
98. Weber J.J., Bachrach H.M., Solomon M. Factors associated with the outcome of psycho-analysis: Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project: II // *Int. Review Psycho-Analysis*. 1985. Vol. 12. P. 127–141.
99. Wells K.B., Sturm R. Informing the policy process: From efficacy to effectiveness data on pharmacotherapy // *J. Consulting Clin. Psychol.* 1996. Vol. 64. P. 638–645.
100. Williams K.E., Chambless D.L. The relationship between therapist characteristics and outcome of in vivo exposure treatment for agoraphobia // *Behav. Ther.* 1990. Vol. 21. P. 111–116.
101. Zlotnick C., Shea M.T., Pilkonis P. et al. Gender dysfunctional attitudes, social support, life events, and depressive symptoms over naturalistic follow-up // *Am. J. Psychiatry*. 1996. Vol. 153. P. 1021–1027.
102. Zuroff D.C., Blatt S.J., Sotsky S.M. et al. Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment of depression // *J. Consulting Clin. Psychol.* 2000. Vol. 68, N 1. P. 114–124.

НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОЦЕССА ПСИХОТЕРАПИИ И ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ. ЧАСТЬ 2

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

В предлагаемой статье подводятся итоги научных исследований процесса психотерапии и ее эффективности. В данной части обзора обобщаются результаты исследований факторов, влияющих на успешность процесса психотерапии. Эти данные укладываются в три больших блока: 1) факторы, связанные с процессом терапии; 2) фак-

торы, связанные с характеристиками клиента; 3) факторы, связанные с характеристиками терапевта.

Ключевые слова: психотерапия, эффективность психотерапии, общие и специфические факторы эффективности психотерапии.

RESEARCH CONCERNING THE PROCESS OF PSYCHOTHERAPY AND ITS EFFICACY: CURRENT SITUATION. PART 2

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

This article contains conclusions about research dealing with the process of psychotherapy and its efficacy. In this part of review the authors summarize the results of investigations of factors that influence the success of the process of psychotherapy. These data are arranged in three sections: (1) factors associated with the process of psychotherapy; (2) factors,

associated with characteristics of the client; (3) factors, associated with characteristics of the therapist.

Key words: psychotherapy, efficacy of psychotherapy, general and specific factors in efficacy of psychotherapy.

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

Гаранян Наталья Георгиевна – кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»; e-mail: psytab2006@yandex.ru

Пуговкина Ольга Дмитриевна – кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии и психотерапии Московского городского психолого-педагогического университета; e-mail: psytab2006@yandex.ru

Никитина Ирина Валерьевна – младший научный сотрудник ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»; e-mail: psytab2006@yandex.ru