**Эффективность психотерапии: критерии и результаты оценки**

В. Лаутербах

Представим следующую ситуацию: в большой стране есть намерение властей создать новую систему организации психотерапии во всех тех областях здравоохранения, где психотерапия и психологическая помощь необходимы. Возникает ряд вопросов: 1) какие проблемы разрешает психологическая работа, и кто это определяет? 2) какими психологическими методиками решаются эти проблемы, какими теоретическими основами и методами должны владеть психотерапевты, и кто это определяет?

На первый вопрос психотерапевты и клинические психологи отвечают так: психологическая помощь нужна не только пациентам с депрессиями, со страхом и другими формами бывшей категории "невроза" (Ни в DSM-IV, ни в ICD-10 понятие "невроз" не является самостоятельной категорией) но и пациентам с психосоматическими и соматоформными расстройствами (ипохондрии, психогенные боли, конверсионная реакция), а также нарушениями личности (т.е. межчеловеческих взаимоотношений). В психологической помощи нуждаются и другие пациенты с психическими заболеваниями, например с шизофренией, умственно отсталые дети и т.п., так что задачи психологической помощи очень широки, и их число растет, потому что в психологии постоянно создаются новые методы для решения возникающих задач. Для того, чтобы ответить на второй вопрос, какими психологическими методиками решаются эти проблемы, нужно определить понятие "результативная психотерапия". Когда мы ставим этот вопрос психотерапевтам и клиническим психологам, возникает проблема: диапазон психологических методик очень широк: разговорная психотерапия, большое число поведенческих методик, психодрама, много разных школ психоанализа и др.

Если бы они претендовали только на лечение определенных патологических состояний, все было бы в порядке - они дополняли бы друг друга - но, к сожалению, это не так. Каждый психотерапевтический подход претендует на компетентность и эффективность лечения почти во всех областях психопатологии, хотя в большинстве случаев их теоретические основы и методы несовместимы, когда говорят о тех же расстройствах. Итак - парадоксальная ситуация, уникальная для системы здравоохранения: больной обращается к врачу за помощью, а выбор терапии зависит не от диагноза, а от того, какой школе психотерапии врач доверяет, и даже когда терапия оказывается неэффективной, пациент не переводится к психотерапевту другой специализации. Частично это объясняется тем, что каждый психотерапевт вложил много времени, денег и сил в свое терапевтическое образование, которое может включать и свою собственную психотерапию; он верит в свою психотерапию, идентифицируется с ней. Повторить все это в рамках другого подхода? Об этом стоит думать только тогда, когда другой подход более убедителен, более эффективен - а как это проверить?! Итак, возникает вопрос: если не сами психотерапевты - кто может объективно оценить результаты и эффективность психотерапевтических методов?

Необходимость объективной оценки психотерапии возникла с начала 50-х гг., когда Н. Eysenck доказал с помощью исследований, опубликованных другими авторами, что психотерапия по результатам не более эффективна, чем пребывание больных в психиатрических больницах, т.е. без систематической психотерапии кроме бесед с врачами. Иными словами, он настаивал на том, что психотерапия не эффективнее, чем спонтанная ремиссия. Позиция Н. Eysenck вызвала резкий протест со стороны практикующих психотерапевтов. Но психотерапевты, несмотря на свои протесты, понимали, что отдельные самоотчеты пациентов могут приниматься в расчет, но не могут подтверждать теории и доказывать эффективность психотерапевтических методов. В итоге, провокация Н. Eysenck, которую он несколько раз повторил и подтверждал все новыми доказательствами, значительно стимулировала научно-эмпирическое исследование методов психотерапии.

Скоро выяснилось, что ни психотерапевт, ни пациент не могут объективно оценивать результаты психотерапии и что необходимы контрольные группы. По причинам, высказанным раньше, психотерапевт не может не интерпретировать положительные изменения в состоянии своего пациента как результаты своей терапии. Отсутствие же положительных сдвигов или отрицательные изменения в состоянии больного, однако, интерпретируются им как следствие либо посторонних событий, либо сопротивления пациента и редко как неадекватность психотерапевтического подхода или самого психотерапевта. Вследствие так называемого hellо-gооd-bye эффекта, пациент до психотерапии склонен чувствовать и описывать свое состояние как тяжелое потому, что он ищет помощи, а прощаясь с внимательным, симпатичным психотерапевтом, готовым помочь, потратив деньги и время, сохраняя надежду и не желая быть неблагодарным, пациент склонен и без объективного улучшения считать, что его состояние улучшилось. Более объективными являются тесты, опросники о выраженности симптоматики, оценки разных параметров на шкалах родственниками или независимыми судьями, наблюдения в реальных или игровых ситуациях и психофизиологические данные. И тогда возникает необходимость контрольных групп. Контрольные группы нужны для того, чтобы отличать эффекты терапевтического влияния от эффектов внетерапевтического воздействия; имеются в виду общие или личные события, действующие на состояние пациентов, например, политические или экономические изменения, перемены на работе, в семье, новая любовь. Поэтому заключение, которое дается на основании суждений пациента или психотерапевта, а также те заключения, которые делались без сопоставлений с контрольными группами, не могут считаться валидными.

В большинстве эмпирических исследований психотерапии лечебные группы сравниваются с контрольными, т.е. с группами больных, которые не подвергались психотерапии, или больных, проходящих лечение другими методами. Распределение пациентов в контрольную или терапевтическую группу делается, конечно, не по диагнозу, необходимости и т.п., а случайно. L. Luborsky, В. Singer [1](http://www.follow.ru/admin/news.php#1) опубликовали первичный мета-анализ ряда исследований и показали, что эффект психотерапии положительно отличается от спонтанной ремиссии. Этот результат успокоил всех психотерапевтов. Пытаясь ответить на вопрос "какой вид психотерапии эффективнее?", L. Lubоrsky, В. Singer проанализировали некоторые исследования, в которых сравнивались виды психотерапии. Тогда, как и сегодня, значительная часть исследований основывалась на работе не с больными, а добровольцами или студентами со слабо выраженными симптомами. В таких группах трудно доказать преимущество метода. Необходимо отметить, что L. Lubоrsky, В. Singer сравнивали результативность видов психотерапии простым числом преимуществ, потому, что в то время, 20 лет назад, статистические методы сравнения результатов разнообразных исследований, эффектов и видов психотерапии были еще недостаточно разработаны. Статистически достоверной разницы в эффективности используемых психотерапевтических подходов таким способом авторы не нашли. Их резюме: "Everyone has won and must have prizes" ("все выиграли и всем положен приз") успокоило психотерапевтов всех школ, конкурентно встревоженных. Неоправданным представляется то, что эта фраза охотно цитируется еще и сегодня особенно теми школами психотерапии, которые вообще не исследовали свои методы лечения людей, как будто бы наукой доказано, что все разнообразные психотерапевтические подходы производят однозначные результаты.

С того времени число работ по исследованию различных видов психотерапии умножалось, методики изучения и статистические методы сравнения результатов улучшались. Год тому назад К. Grawe и сотр. [2](http://www.follow.ru/admin/news.php#2) опубликовали свой фундаментальный мета-анализ - выдающийся своим качеством и количеством исследованных работ. Что побудило К. Grawe так тщательно анализировать буквально все эмпирические исследования эффектов и эффективности психотерапии? Его беспокоит глубокий разрыв между результатами исследований психотерапии и ее практикой. Если бы руководители здравоохранения знали эти результаты, то увеличили бы число кабинетов психотерапии, так как применение современных методов психотерапии обходится здравоохранению в три раза дешевле, чем имеющаяся система лечения без поддержки психотерапией. Психотерапевты же, зная эти результаты, не были бы привязаны только к тем методам, в которые они верят, стремились бы применять те из них, которые оптимальны для конкретных пациентов. Почему ни руководители, ни психотерапевты не знают об этих результатах? Потому, что эти исследования доступны только узким специалистам-исследователям: число специальных публикаций огромно, их результаты и их научное качество в такой степени разнообразно, что никто до сих пор не взялся за обзор и никто не может получить интегральные выводы из этих данных. Именно это сделал К. Grawe в своей книге "Psychotherapie im Wandel. Vоn der Kоnfessiоn zur Profession" ("Психотерапия в процессе перемен. От конфессии к профессии").

К. Grawe и сотр. исследовали два вопроса: 1) каково количество научно-эмпирических исследований различных психотерапевтических подходов в литературе, каков их научный уровень и каковы результаты? 2) какие психотерапевтические подходы сравнивались и с какими результатами? К. Grawe и сотр. собрали все опубликованные до начала 1984 г. исследования с приемлемым научным уровнем (т.е. проводилась серьезная терапия и статистическое сравнение двух групп пациентов); их оказалось 3500. После тщательного отбора осталось 897 источников; они являются совокупностью научно приемлемых исследований психотерапии взрослых пациентов, опубликованных в течение 30 лет. Все гуманистические, психодинамические и психоаналитические методы вместе исследовались 153 раза. Чаще всего изучались когнитивно-поведенческие методы - 452 исследования; интерперсональные методы - 63; методы расслабления - релаксации (66), аутогенная тренировка (14), гипноз (19), медитация (15) - всего 114 исследований; эклектические и комплексные методы - 22 исследования.

В качестве критериев оценки исследований психотерапевтических методов использовались следующие параметры: 1) глобальная оценка успеха; 2) индивидуально-дифференцированная проблематика или симптоматика; 3) общие формулировки проблематики или симптоматики членов групп; 4) остальные параметры самочувствия; 5) изменения в личности и способностях; 6) изменения в межличностных отношениях; 7) изменения в использовании свободного времени; 8) изменения в работе или профессии; 9) изменения в сексуальной области; 10) изменения по психофизиологическим параметрам.

С помощью почти 1000 признаков оценивалось научное качество всех исследований по следующим критериям.

1. Клиническая значимость. Положительными считались следующие признаки: тяжелые расстройства; пациенты сами обращались за помощью; опытные психотерапевты, идентифицирующиеся с методом лечения; разнообразие измеряемых параметров, включая индивидуально-дифференцированную симптоматику. Отрицательными считались: пациентов приглашали на лечение; ограниченное расстройство; группа меньше 10 человек; проводилось меньше 7 сессий; результаты оценивались только психотерапевтом или автором исследования; отсутствие информации о пациентах, прерывающих психотерапию, и катамнеза.

2. Валидность исследования. Отрицательными признаками считались: при сравнении методов условия плана исследования (измеряемые параметры, длительность сессий) были более соразмерными по отношению к тому методу, который потом оказывался более эффективным; сравниваемые группы отличались мотивацией, ожиданием успеха; психотерапевты отличались квалификацией, опытом работы или идентификацией с проводимой терапией; методы, которые сопоставлялись, проводились с разной интенсивностью или одновременно смешивались с другими видами печения; лечение медикаментами не контролировалось; эффекты сопоставляемых методов оценивались по разным параметрам.

3. Качество информации. Отрицательным считалось: недостаточное количество информации о пациентах, психотерапевтах, методах лечения, плане и проведении исследования (перечисленные признаки).

4. Осторожность интерпретации. Отрицательными признаками считались: ошибки в плане или обработке данных; сопоставление методов проводилось тем же психотерапевтом; низкая валидность исследования. Неточная интерпретация результатов, когда при сравнении методов менее эффективная психотерапия проводилась в более благоприятных для нее исследовательских условиях.

5. Разнообразие измеряемых параметров, т.е. число параметров, источников; число измерений во время печения; измерение не только эффектов, но и процесса печения.

6. Качество и разнообразие статистической обработки. Положительными признаками считались: разнообразие статистических результатов; зависимости между параметрами эффектов; зависимости между параметрами эффектов и другими признаками пациентов, психотерапевтов и видов терапии. Исследование зависимостей между эффектами психотерапии и процедурными особенностями – процессами терапии.

7. Богатство результатов. Положительным считалось: большое число значимых результатов - значимые корреляции между процессами сопоставляемых методов и их эффектами; изменение средних величин параметров и динамика их отклонений (указание на возможности ухудшений в состоянии отдельных пациентов); информация об оптимальном действии разных методов на разные расстройства.

8. Значимость для показаний. Отрицательными признаками считались: недостаточная информация о пациентах, методах исследования и др. Положительные признаки: экспериментальные изменения, касающиеся сопоставляемых методов; соотносятся не только изменения параметров, но и их отклонения; информация об оптимальном действии разных методов на разные расстройства у разных пациентов.

Как уже указывалось, эффективность психотерапевтических методов основывалась на изучении упомянутых 897 исследований и самых значимых (но не всех опубликованных) исследований психотерапии до 1993 г. Невозможно описать результаты всех исследований, включенных в мета-анализ. Но если научно обоснованными считаются только те методы, эффективность которых исследовалась, независимо от результатов, тогда иные методы нужно назвать не научно обоснованными, так как они совсем не исследовались научно приемлемым образом. К ним относятся эйдетическая терапия, терапия по Юнгу, логотерапия, нейролингвистическое программирование, терапия поэзией, первичная терапия по Янову, ребефинг, трансцендентальная терапия и многие другие экзотические методы. Близкие к этим методам, которые до сих пор мало и плохо исследовались: дазайнанализ, биоэнергическая терапия, кататимные образные переживания по Лейнеру, индивидуальная терапия по Адлеру и трансактный анализ.

Не очень убедительны и исследования эффективности терапии искусством, танцевальной или музыкальной терапии. (Однако, в настоящее время музыкальной терапией интересуются серьезные исследователи, которые начинают ее изучать). Все три вида психотерапии не рекомендуется применять как самостоятельные, но они используются в сочетании с основной психотерапией. В таком же состоянии находятся и прогрессивная релаксация, аутогенная тренировка, психодрама, гипнотерапия и йога; эти методы исследовались, но чаще применяются они также в сочетании с ведущей психотерапией. Гештальттерапия изучалась только в 7 исследованиях, но из них видно, что она эффективно действует на довольно широкий диапазон параметров.

Неудовлетворительную эффективность обычной (т.е. не долговременной) психоаналитической психотерапии психоаналитики объясняют тем, что требуется несколько сот или больше сессий (3-5 раз в неделю) и лишь тогда достижимо необходимое отношение с пациентом для обнаружения психоаналитических причин симптомов, перестройки его личности я позитивного сдвига в симптоматике. В течение 100 лет это утверждение не доказано - самый старый и известный метод психотерапии на приемлемом научном уровне не исследовался. Но исследовался долговременный психоанализ в клинике К. Menninger [3](http://www.follow.ru/admin/news.php#3).

По мнению К. Grawe и сотр., это было самое крупное, тщательное, убедительное и длительное исследование психотерапии среди других работ. Оно проводилось крупнейшими исследователями психоанализа в США в естественных условиях. В 50-к гг. в этой клинике отобрали - не случайно, но по диагнозу и необходимости лечения - 22 пациента для группы долговременного психоанализа и 20 пациентов для группы поддерживающей психоаналитической психотерапии; контрольной группы не было. Все пациенты имени очень хороший интеллект (средний IQ-124), относились к высокому социальному слою и сами платили за многолетнюю терапию. До конца печения ни пациенты, ни психотерапевты не знали о том, что их терапию исследовали.

В долговременной группе 15 пациентов регулярно лечились в течение 6 лет (1017 сессий); 2 пациента лечились еще во время окончательного отчета, то есть спустя 25 лет песне начала терапии; 4 пациента прекратили лечение песне 16 месяцев и 316 сессий, 1 пациент умер после 7 лет и 1238 сессий. В группе поддерживающей психотерапии 14 пациентов регулярно лечились, участвуя в 316 сессиях более-4-х лет; 2 пациента еще лечились во время окончательного отчета; 4 пациента прекратили свою терапию после 2-х лет и 202 сессий, у одного из них был суицид. Оказалось, что психоаналитики были склонны направлять пациентов с более выраженной симптоматикой в группу поддерживающей психотерапии и что в ходе раскрывающей психотерапии половина пациентов нуждалась в поддерживающей вместо раскрывающей. Какие у них были результаты? Терапевтические эффекты раскрывающей долговременной психотерапии были намного ниже, чем были предсказаны исследователями. Спрогнозированные эффекты поддерживающей психотерапии были более умеренными - их и достигли. Результаты даны в таблице.

Таблица

Результаты катамнеза раскрывающего психоанализа и поддерживающей психотерапии 43 пациентов в клинике К. Menninger [3](http://www.follow.ru/admin/news.php#3)

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

Исследование в клинике К. Menninger показывает, что многолетним психоанализом достигаются хорошие результаты у 40% пациентов и умеренное улучшение у 20%; лучшие результаты, однако, достигаются и другими методами со значительно (в 10-20 раз) меньшими затратами. Необходимо отметить, что у 40% пациентов совсем не наступило улучшения в течение нескольких лет; лучше было бы констатировать неуспех в течение 20 сессий, а не в нескольких сотнях или тысячах. Неуспешные 11 пациентов (26%, см. табл.) не просто были неуспешными - 6 из них умерли; по мнению исследователей, суицид был связан с психоанализом; у 3-х пациентов возник психоз, что связало, по мнению исследователей, с отношениями к психотерапевту; у остальных 2-х пациентов неудачи не были обусловлены ятрогенными расстройствами. Несмотря на то, что во время последнего катамнеза в 80-х гг. 5 пациентов нуждались в продолжении терапии (т.е. до 28 лет непрерывной психотерапии), исследователи считали, что у 2-к из них уже отмечено хорошее продвижение и у 2-к - тенденция к улучшению; у пациентки с агорафобией последняя исчезла в течение более чем 25 лет. (Пациентка, скорее всего, избавилась бы от фобии с помощью 20 сессий поведенческой психотерапии).

К. Grawe и сотр. резюмируют результаты исследований следующим образом: положительных показаний для долговременного психоанализа нет, а отрицательные - есть: у пациентов с более выраженной симптоматикой возникает опасность ятрогенных эффектов.

Ряд методов исследовались лучше. Это относится к интерперсональным методам, в том числе интерперсональной терапии по Клерману и Вейсману (проведено 10 исследований, которые включают почти 1000 пациентов с депрессией или с нервной булимией). Эта психотерапия является совсем новым подходом, который концентрируется на межличностных отношениях. Однако, научный уровень исследований, начавшихся лишь десятилетие назад, высок и результаты психотерапии оказываются весьма убедительными. Поведенческие методы терапии семейных пар также часто исследовались (29 исследований) и очень успешно применялись; они включают ряд поведенческих приемов, в том числе и тренинг интеракции и коммуникации. Интерперсонально ориентированный подход системной семейной терапии (V. Satir, S. Minuchin, J. Haley и др.) изучался в 8 исследованиях.

Эти методы направлены на анализ отношений между пациентами и их близкими, успешно преобразует эти отношения, что часто приводит к уменьшению симптоматики.

Еще более тщательно исследовались психоаналитическая психотерапия и краткосрочный психоанализ. Психоаналитическая психотерапия изучалась в 12 работах среднего научного качества, при средней длительности терапии 14 месяцев и 57 сессий. Краткосрочный психоанализ изучался в 29 исследованиях хорошего научного качества, средняя длительность лечения 14 месяцев и 16 сессий. Психоанализ уменьшал симптоматику у пациентов с мало выращенными невротическими и личностными расстройствами. Отношения с другими людьми улучшались, но только как результат групповой, а не индивидуальной психотерапии. Общее самочувствие улучшилось только после длительной терапии или после окончания лечения. Плохо поддаются лечению психоанализом пациенты со страхами, фобиями и с психосоматическими расстройствами.

Разговорная психотерапия по Роджерсу исследовалась в 35 работах хорошего научного качества, где измерялись различные переменные. Средняя продолжительность лечения 20-33 сессии. Результаты исследований показали, что терапия по Роджерсу уменьшает симптоматику, улучшает общее самочувствие, способствует личностному росту пациентов, а в групповой психотерапии улучшает отношения с другими людьми. Разговорная психотерапия показана и эффективна для лечения всех невротических расстройств, а также может применяться при лечении больных алкоголизмом, шизофренией, часто в сочетании с методами поведенческой психотерапии. Имеется, однако, ссылка на то, что пациенты с социальными страхами и пациенты, которые нуждаются в указаниях и руководстве, хуже поддаются психотерапии по Роджерсу. Теоретическим, методическим и научно-эмпирическим обоснованием когнитивно-поведенческой психотерапии является психология. До 60-70-х гг. психология исследовала в основном те психические процессы у человека и животных, которые ученые могли объективно наблюдать: поведение как результат восприятия, научения, мотивации, эмоции, развития и социальных факторов.

Отцами так называемого бихевиоризма являются И. П. Павлов и его последователи в Америке. На базе психологии поведения развивались приемы модификации поведения - методы поведенческой психотерапии. Когнитивный перелом в психологии, т.е. изучение не только непосредственно наблюдающихся процессов в 60-70-х гг., стимулировал развитие новых, когнитивных методов лечения. По мнению психодинамических психотерапевтов, когнитивно-поведенческие методы являются поддерживающей, а не раскрывающей терапией. Они отличаются от гуманистических и психодинамических тем, что при разных расстройствах показаны разные, целесообразные методики, которые создавались на основе исследования эффектов и подтвержденных теорий и методов. Из-за того, что у пациентов наблюдается чаще всего не одна проблема, а сразу несколько, которые взаимно поддерживаются (например, алкоголизмом, дефицитом в социальной сфере и депрессией), в их лечении сочетаются разные методики. Методы когнитивно-поведенческой психотерапии развивались в зависимости от результатов эмпирических исследований действующих факторов, эффектов и эффективности; поэтому число таких исследований очень велико - 452 источника.

Наиболее известная методика, систематическая десенсибилизация, исследовалась 56 раз на высоком научном уровне. Специфические страхи, например, социальные и сексуальные фобии очень хорошо поддаются лечению; чем больше пациенты боялись ситуации, тем выраженнее был терапевтический эффект, в частности, относительно страхов перед экзаменами. Пациенты с многообразными страхами, т.е. агорафобией, с общим состоянием боязни, при наличии также депрессии, поддаются лечению не так успешно. Диапазон эффектов ограничивается симптоматикой страха: из-за этого десенсибилизация часто комбинируется с другими поведенческими методами. Наиболее эффективными при многообразных страхах, включая панические, являются методики конфронтации с ситуациями, которых пациенты боятся; они исследовались 62 раза с хорошим научным уровнем. Имеется три вида конфронтации: постепенна конфронтация в реальных ситуациях (in vivo), усиленная конфронтация в реальных ситуациях (flooding) и усиленная конфронтация в воображении (имплозия). Конфронтационные методики в реальных ситуациях показаны при фобиях, панических и навязчивых состояниях. Имплозией лечили больных алкоголизмом, психозами и депрессивных пациентов. Эффективность высокая; лечились пациенты не только с общей и индивидуально сформулированной проблематикой и симптоматикой, т.е. с фобическими и навязчивыми состояниями, но и с проблемами в области работы, досуга и самочувствия. Длительность терапии - меньше 20 сессий в течение 20 недель, но отдельные сессии длились до тех пор, пока пациент в течение полутора, двух часов не успокаивался. Чем выраженнее симптоматика, выраженнее и эффекты конфронтации. Конфронтация с ситуациями, которых пациенты боятся - драматическое переживание, которое затрагивает не только пациентов, но и психотерапевтов; пациенты, которые согласились на проведение такой терапии под руководством терапевта, справедливо чувствуют себя героями. Групповая терапия (с 4 пациентами) еще эффективнее, чем индивидуальная. Конфронтация в воображении является менее эффективной. Хотя симптоматика уменьшалась у пациентов большинства групп, только в 60% терапевтических групп результат был значительно лучше, чем в контрольных группах. Имплозия, как и десенсибилизация, недостаточно эффективна при агорафобиях и специфических фобиях. При сравнении с другими методами, конфронтация в реальности (а не в воображении) имеет преимущества и дает лучший эффект, чем медикаменты (бета-блокаторы). Тренинг социальной компетентности совершенствует социальные возможности пациентов в трудных для них ситуациях с помощью разных методик: постепенное научение по модели, ролевая игра, дифференцированное подкрепление, поведенческие упражнения и пр. Эффекты и эффективность тренинга исследовались в 74 работах на материале 3400 пациентов, на высоком научном уровне. Лечение проходили пациенты с выраженной неуверенностью в себе и социальными фобиями, а также с другими нервно-психическими расстройствами: психозами, алкоголизмом, срывами или болезненными реакциями вследствие тяжелых семейных, профессиональных, социальных переживаний, катастроф, пыток, инвалидности и тому подобное. Тренинг часто комбинировали с когнитивными и поведенческими методами или с медикаментами. Длительность печения - 6-15 сессий, а в 15 исследованиях и 40. Эффективность тренинга высокая; во всех группах у пациентов не только значительно возрастала уверенность в себе и преодолевались социальные страхи, но и улучшалось положение пациентов в социальной и в профессиональной сфере, общее самочувствие, а в половине групп тренинг был эффективен даже при депрессии, мигрени, сексуальных расстройствах. Алкоголизм тренингом социальной компетентности не лечился, однако благотворно влиял на межчеловеческие отношения пациентов. Эффективность была выше при сочетании с когнитивными методами.

Центральным теоретическим и эмпирически доказанным обоснованием когнитивных методов является положение, что мысли, убеждения, предположения, ожидания (т.е. опасения, надежды) управляют поведением, чувствами и эмоциональным состоянием. Возможна и обратная зависимость; такими взаимодействиями стабилизируется психическое состояние. Но если удается изменить один аспект взаимодействия, тогда во взаимодействующих системах другой аспект должен также измениться. Этот принцип учитывается во многих методах поведенческой терапии: пациенты под руководством психотерапевта успешно учатся вести себя более уверенно или не бояться спешных для них ситуаций, и в итоге действительно растет чувство уверенности или уменьшается боязнь в таких ситуациях. Когнитивная терапия по A. Beck [4](http://www.follow.ru/admin/news.php#4) - группа методик для лечения депрессии, страхов и расстройств личности. Когнитивная часть состоит в том, что обнаруживаются те патогенные, т.е. неадекватные мысли, убеждения, предположения, ожидания, которые предшествуют патологическим (неадекватным) чувствам (депрессии, страху) или поведению. Мысли проявляются разными способами: беседа, систематические записи (специальные дневники) мыслей, чувств, поведения, событий; конфронтация; ролевая игра. Патогенные, неадекватные мысли психотерапевтом изменяются разговором (сократовским диалогом) и сопоставлением с реальностью, представленной и записанной самим пациентом. Эффективность когнитивной терапии изучалась с 1977 г. в 16 исследованиях на высоком научном уровне. Терапия длилась от 4 до 24 недель. В 7 исследованиях проводилось меньше 10 сессий. Во всех группах все измеренные параметры (симптоматика, личность, общее самочувствие) значительно улучшились и в сравнении с контрольными группами, и в катамнезе. В 3 исследованиях когнитивную терапию сравнивали с медикаментозной и было установлено, что она значительно эффективнее при лечении депрессии. В 2 из 3 исследованиях сравнение когнитивной терапии с психоаналитической доказало значительно лучший терапевтический результат первой.

Р. Lewinsohn [5](http://www.follow.ru/admin/news.php#5), предполагая при депрессии порочный круг из пассивности, недостатка положительных, радостных переживаний с парализующей депрессией, рекомендовал систематически перестраивать, стимулировать или восстанавливать активность, предприимчивость пациента разными поведенческими методиками. Исследовалась и подтверждалась эффективность этого вида терапии 17 раз. Число сессий было не больше 16. Таким образом, с 70-х гг. развивался ряд эффективных подходов к лечению депрессии [4-6](http://www.follow.ru/admin/news.php#4). Этот процесс продолжается, различные подходы дополняют друг друга. Например, М. Hautzinger и соавт. [7](http://www.follow.ru/admin/news.php#7) сочетали подходы Р. Lewinsohn и A. Beck.

Методы релаксации исследовались не только как дополнительные в комплексе с другими методами, но и как самостоятельные виды лечения. Эффективность гипноза изучалась в 19 работах на среднем научном уровне. Хороший эффект по сравнению с контрольными группами отмечался у пациентов с болями, психосоматическими расстройствами и бессонницей. Улучшение других параметров (самочувствие, проблемы личности) наблюдалось редко. Аутогенная тренировка используется в Германии и в России чаще, чем прогрессивная релаксация, а в Америке наоборот. Аутогенная тренировка исследовалась в 14 работах на хорошем научном уровне. Ее эффективность оказалась неожиданно небольшой. Меньше чем у половины групп пациентов уменьшилась симптоматика. В 6 сравнительных исследованиях было отмечено, что только в двух группах лечение проходило успешнее, чем в контрольных, а в 13 сравнениях с другими релаксационными методиками аутогенная тренировка в 5 раз была симптоматически менее эффективной, чем другие методы, и только 1 раз более.

К. Grawe и сотр. провели мета-анализ результатов всех 41 исследований, опубликованных до 1991 г., в которых сравнивалась эффективность разных видов психотерапии и которые включали, по крайней мере, 6 сессий и 3 параметра эффектов. Оказалось, что сравнивались только те методы, которые вообще хорошо изучались: разговорная психотерапия по Роджерсу, психоанализ, семейная психотерапия (системная и поведенческая) и поведенческая терапия. Эффективность определялась разными статистическими методами. Независимо от того, какой метод применялся, оказалось, что раскрывающие методы, с помощью которых ищут ответ на вопросы, почему и как возникли проблемы, по степени эффективности не отличаются друг от друга; поддерживающие методы семейной и когнитивно-поведенческой психотерапии, помогающие преодолевать жизненные проблемы пациента, по степени эффективности также мало отличаются друг от друга; но поддерживающие методы гораздо более эффективны, чем раскрывающие. Различия тем значительнее, чем больше информации использовалось при статистическом сопоставлении. Различия статистически надежны - а будут ли они и практически значимы? Для этого использовался мета-аналитический статистический индекс эффективности психотерапии, так называемая "сила эффекта". "Сила эффекта" описывает стандартизированным образом насколько пациент терапевтической группы вылечился лучше, чем "средний" пациент контрольной группы или группы, проходящей другую терапию, включая все измеряемые параметры. Использовав этот индекс, К. Grawe, проводя мета-анализ, в частности, показал, что эффект психоаналитической психотерапии выше, чем в контрольных группах, в которых пациентов только диагностируют и настраивают на терапию. Но лечение поведенческими методами оказалось почти в два раза эффективнее, чем психоаналитической психотерапией. Резюмируя, следует отметить, что поведенческие, поддерживающие методы гораздо эффективнее, чем раскрывающие, помогают пациентам преодолеть свои проблемы; тренинг социальной компетентности уменьшает неуверенность в себе; конфронтацией преодолеваются фобии и страхи; сексуальная терапия эффективна при фригидности; аутогипноз смягчает боли; семейные проблемы преодолеваются системным изменением структуры семьи; восстановлением активности и изменением нерациональных мыслей лечат депрессию; поведенческий тренинг помогает больным алкоголизмом усилить самоконтроль в ситуации искушения и т.д. Психотерапевт понимает проблемы пациента и активно помогает их преодолеть; не ищет скрытую мотивацию и не придает проблемам иные значения, нежели сам пациент, а смотрит на них как на трудности, которые пациент без помощи не может преодолеть. Такой подход сам по себе уже помогает пациенту, но он не объясняет эффективность метода. Психотерапевт обязательно должен знать и уметь применять даже в трудных ситуациях специфические методики, успешность которых подтверждена, в преодолении специфических проблем. Психотерапия является помощью в преодолении проблем. Но это только одна сторона психотерапии. Есть и эффективные методы, с помощью которых психотерапевт не помогает преодолевать проблемы (например, разговорная психотерапия по Роджерсу), способствует лучшему пониманию пациентом себя, своих мотивов, ценностей, цели своего поведения и стремлений. Психотерапия является помощью в лучшем понимании самого себя.

При работе с каждым новым пациентом необходимо решить, нуждается ли он в преодолении проблем или в более ясном понимании себя. Пациентам с хорошим образованием, успешным в жизни чаще всего не нужна помощь в преодолении проблем. Им нужно узнать, почему они ведут себя так, что возникают проблемы. Если этот человек способен понять свою проблему, он может ее и решить. Результаты многих исследований показывают, что психоаналитическая психотерапия более всего пригодна дня интеллектуальных, образованных, успешных в жизни людей, симптомы которых мало выражены. Совсем не удивительно, что психотерапевты, которые пытаются лучше понять самих себя, предпочитают раскрывающие методы лечения и отказываются от поведенческих. Также не удивительно, что поведенческие психотерапевты, у которых возникли проблемы, совсем не нуждаются в поведенческой психотерапии, но им необходима помощь для более ясного понимания самих себя и своих проблем; если проблемы прояснились, эти психотерапевты лучше других способны их решить. Результаты мета-анализа свидетельствует о том, что большинству пациентов нужна помощь в преодолении своих проблем, а не в обнаружении скрытых мотивов. Исследования различных видов психотерапии показывают, что эффективность поведенческих и системных методов выше. Однако, многие психотерапевты считают психодинамические и гуманистические методы более подходящими. Россия, которая намерена создать новую систему организации психотерапевтической помощи, должна позаботиться об образовании психотерапевтов во всех направлениях: раскрывающей, поддерживающей, поведенческой и другой психотерапии. А если это невозможно, то необходимо выяснить, сколько пациентов в системе здравоохранения нуждаются в помощи для преодоления своих проблем и сколько пациентов нуждаются в помощи для лучшего понимания самих себя.

**Список литературы**

Luborsky L., Singer В. Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? Archives of General Psychiatry, 1975, 32, 995-1008.

Grаwе К., Donati R. & Bernauer F. Psychоtherapie im Wandel. Vоn der Kоnfessiоn zur Profession. Hоgrefe – Gottingen – Bern - Toronto - Seattle, 1994.

Wallerstein R. S. The psychotherapy research prоjet (PRP) of the Menninger Foundation: An overview // Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1989, 57, 195-205.

Beck A.Т., Rush А., Shaw В. F., Emery G.Kоgnitive Therapie der Depression. Weinheim: Psychоlogie Verlags Union, 1981.

Lеwinsоhn Р. Н. А behavioral approach to depression. In: R. J. Friedmann, М. М. Katz (Ed.), The psychology of depression: Contemporary theory and research. Washington DC: Winston: Wiley, 1974.

Klerman G. L., Wеissman М. М., Rounsаvillе В. J. Interpersonal psychotherapy of depression, N.Y., 1984.

Нautzinger М., Stаrk W., Тrеibеr R. Kоgnitive Verhaltenstherapie bei Depression. Weinheim: Psychоlogie Verlags Union, 1992.