

## ПСИХОТЕРАПИЯ ЗА РУБЕЖОМ: ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ (КРАТКИЙ ОБЗОР)<sup>1</sup>

© 2000 г. Е. С. Калмыкова\*, Х. Кэхеле\*\*

\* Канд. психол. наук, ст. науч. сотр. ИП РАН, Москва

\*\* Профессор, декан ф-та психотерапии и психосоматики Университета г. Ульм, Германия

Дается представление об основных этапах истории развития исследований в психотерапии, особое внимание уделяется изучению индивидуальной психодинамической психотерапии взрослых пациентов в амбулаторных условиях. Показано, как на протяжении десятилетий происходило постепенное смещение фокуса исследовательского интереса с одной задачи на другую. Более детально рассматривается проблема эффективности психотерапии и основные результаты ее изучения, представленные в литературе на сегодняшний день. Последняя часть статьи посвящена методам и подходам изучения процесса психотерапевтического взаимодействия, в частности методике “Структурный анализ социального поведения” (САСП) Л. Бенджамин и возможностям, которые она открывает для построения модели психотерапевтического процесса.

*Ключевые слова:* психотерапия, психоанализ, эмпирическое исследование, эффективность, единичный случай, улучшение состояния.

### 1. ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ: КОМУ И ЗАЧЕМ НУЖНЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ

Главная цель всякого психотерапевтического лечения заключается в том, чтобы помочь пациентам внести необходимые изменения в свою жизнь. Каким образом это можно сделать? Ответ на поставленный вопрос каждое направление психотерапии дает в терминах собственных понятий. Успешность или эффективность психотерапии оценивается в зависимости от того, насколько стойкими и в широком смысле благотворными для пациента оказываются эти изменения; оптимальными будут те психотерапевтические меры, которые обеспечивают стойкий, продолжительный позитивный эффект. Разумеется, всякая психотерапевтическая школа убеждена, что предлагаемый именно ею способ помогать пациентам является оптимальным, предоставляя сомневающимся проверить это на собственном опыте.

В настоящее время известно и осуществляется на практике около 400 разновидностей психотерапии для взрослых пациентов и примерно 200 – для детей и подростков (см. [25]); описано около 300 психологических синдромов или констелляций симптомов, для лечения которых рекомендуется та или иная психотерапия. Если поставить себе задачу эмпирическим путем установить, какие виды психотерапии или их сочетания опти-

мальны для лечения одного расстройства, то придется опробовать астрономическое количество, приблизительно равное  $2^{400}$ . Соответственно, чтобы получить возможное количество сочетаний для лечения всех описанных синдромов, это число надо будет умножить еще на 300. Такие занятия комбинаторикой должны убедить читателя, что научно обоснованное изучение психотерапии – не пустая игра изошренного ума, а жизненная необходимость, обусловленная, с одной стороны, многообразием форм и проявлений расстройств и способов их лечения, а с другой – стремлением к нахождению наилучшего решения в каждом конкретном случае.

Изучение психотерапии ставит перед собой две основные задачи: во-первых, поиск эмпирического обоснования психологических методов лечения, т.е. выяснение, что является полезным, для кого, при каких обстоятельствах; во-вторых, описание и постижение механизмов изменений, т.е. как психотерапия в целом и различные ее разновидности в частности достигают позитивного эффекта. Разумеется, обе эти задачи взаимосвязаны: осуществление первой зависит от достижений в решении второй, причем именно вторая задача является наиболее захватывающей и увлекательной<sup>2</sup>. Понимание механизмов психотерапии требует также и объяснения того, каким образом соотносятся терапевтические транзакции между паци-

<sup>1</sup> Работа выполнена при финансовой поддержке Российского гуманитарного научного фонда (грант № 97-06-08060).

<sup>2</sup> Это, разумеется, авторская позиция.

ентом и терапевтом с реальными изменениями в жизни пациента вне приемной психотерапевта. У. Стайлз, Д. Шапиро и Р. Эллиот (W. Stiles, D. Shapiro, R. Elliott) [48] описывают “парадокс эквивалентности”, приблизительно равнозначной эффективности лечений, в которых складываются, по всей видимости, существенно различающиеся отношения между пациентом и психотерапевтом. До тех пор, пока этот парадокс не будет разрешен, понимание механизмов лечения останется весьма ограниченным.

В данной статье мы пытаемся обрисовать в общих чертах историю развития исследований в психотерапии, прежде всего – проанализировать изучение психодинамической индивидуальной психотерапии взрослых пациентов в амбулаторных условиях. Будет показано, как на протяжении десятилетий происходило постепенное смещение фокуса исследовательского интереса с одной задачи на другую. Более детально рассматривается проблема эффективности психотерапии и основные результаты ее изучения, представленные в литературе на сегодняшний день. Последняя часть статьи посвящена методам и подходам изучения психотерапевтического взаимодействия, в частности методике “Структурный анализ социального поведения” (САСП) Л. Бенджамин (L. Benjamin) [2] и возможностям, которые она открывает для построения модели психотерапевтического процесса. К сожалению, практически все работы, посвященные изучению психотерапии, осуществляются за рубежом: в силу этого и наш труд является обзором зарубежных исследований психотерапии.

## 2. ИСТОРИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

С самого начала исследования психотерапии были направлены на решение как прикладных задач, в первую очередь выяснение эффективности психотерапевтического воздействия, так и чисто фундаментальных – научная валидизация психотерапевтического процесса и его результатов. С течением времени фокус исследовательского интереса смещался с одной задачи (“Приносит ли психотерапия какую-либо пользу?”) на другую (“Кому какая психотерапия помогает?”, “Как работает та или иная психотерапия?”).

В соответствии с исследовательскими задачами можно выделить несколько этапов в изучении психотерапии (см. [23, 24]). При этом необходимо иметь в виду, что, хотя выделяемые фазы хронологически следуют одна за другой, фактически их нельзя привязать к какому-то одному исследовательскому направлению или какой-либо одной школе психотерапии. Их следует, скорее, понимать как эпохи в развитии исследований, причем на разных этапах то одно, то другое психотерапевтическое направление проявляло высокую

степень активности и достигало наиболее интересных результатов.

Самыми первыми исследованиями, относящимися к предварительному этапу, или “нулевому циклу”, изучения психотерапии, можно считать описания отдельных клинических случаев. В XIX в. это был излюбленный психиатрами методологический подход, и З. Фрейд продолжил эту традицию. В то время детально описанный клинический материал был одним из самых надежных способов передачи и обсуждения своего опыта; однако в наши дни повального увлечения сциентизмом этот метод подвергается весьма суровой критике. Д. Спенс (D. Spence) [47] сформулировал основные черты психоаналитического исследования отдельных случаев, которые не соответствуют канонам научной объективности: описание случая представляет собой скорее беллетризованное захватывающее повествование, нежели научное сообщение; автор клинического описания ссылается исключительно на собственный опыт, который не поддается верификации; при этом, разумеется, чрезвычайно велика субъективность представлений и интерпретации материала; описываемый случай никоим образом не может рассматриваться как репрезентативный, поскольку для подобных целей авторы склонны выбирать примеры, чем-либо выделяющиеся из общего ряда и т.д. Тем не менее трудно представить себе историю психоанализа и психотерапии вообще и исследований психотерапии в частности без клинических описаний Фрейда, служащих своего рода прообразом современной методологии изучения отдельного случая (single case study). Фактически и по сей день имеется еще достаточно сторонников описаний отдельных случаев, которые видят в них источник нового знания о том, как талантливым клиницистам удается находить новые решения сложных проблем. Следует ли считать, что это тоже исследования? По крайней мере, необходимо не упускать из виду ряд позитивных сторон, присущих изучению отдельных случаев. А именно:

1. Тщательное изучение единичного случая может вызвать сомнения относительно всей теории в целом и тем самым привести к ее пересмотру, дополнению, усовершенствованию и т.п.

2. В ходе анализа отдельного случая может родиться эвристически ценная методика, которая окажется применимой и для изучения психотерапии в рамках более строгого эмпирического исследования.

3. Изучение отдельного случая дает возможность досконально проанализировать ряд редко встречающихся, но важных феноменов.

4. Изучение отдельного случая может быть организовано таким образом, что полученная ин-

формация окажется достаточно объективированной и достоверной.

5. Анализ единичного случая – это одно из вспомогательных средств, благодаря которым теоретический “скелет” более успешно “обрастает плотью” и теоретические принципы обретают реальное прикладное звучание.

Следующая фаза развития исследований (ее можно считать первой в действительно научном изучении психотерапии) началась приблизительно в 1930-е гг. в русле психоанализа и достигла максимальной интенсивности и успеха в 1950–1970-е гг. Точкой отсчета здесь служат материалы Берлинского психоаналитического института, в которых приведены катамнестические данные за 10-летний период работы [12]; по его примеру появляются затем и другие аналогичные отчеты – Лондонского [22], Чикагского (за 5-летний период, [1]) институтов. На этом этапе первостепенное значение имел вопрос об эффективности психотерапии вообще, независимо от конкретной ее формы, диагноза пациентов и т.п. В 1952 г. была опубликована обзорная статья Г. Айзенка (H.-J. Eysenck) [11], в которой обосновывался в высшей степени критический тезис о том, что психотерапевтическое лечение ведет к успеху столь же часто, сколь часто пациенты поправляются безо всякой помощи психотерапевта. Айзенк на основе сравнения данных об излечении пациентов и статистических материалов о так называемой спонтанной ремиссии показал, что 67%, т.е. две трети, людей, страдающих от эмоциональных нарушений, практически избавляются от них в течение двух лет, тогда как психотерапия требует иногда более длительного времени (например, психоанализ), не говоря уже о финансовых и прочих затратах. Эта статья вызвала огромный резонанс – по разным причинам – и в конечном итоге стимулировала и психотерапевтов, и исследователей к более тщательному, продуманному и спланированному изучению результатов психотерапии.

Вскоре вышли из печати и другие работы; в некоторых из них также шла речь о магических “двух третях” пациентов с улучшением состояния. Интересно отметить, что среди пациентов, относящихся к “одной трети”, т.е. “не улучшивших свое состояние”, достаточно редко упоминались те, у которых в результате психотерапии наблюдалось ухудшение. То есть симптомы, с которыми пациент обратился за психотерапевтической помощью, в результате лечения не только не исчезли, а, скорее, усилились или же сменились другими, не менее мучительными. Систематическое исследование этой проблемы было впервые предпринято А. Бергином (A. Bergin) [3].

В этот же период проводит свои исследования К. Роджерс (C. Rogers) [43]. Они являются пере-

ходным звеном между исследованиями результатов и непосредственно процесса психотерапии. Роджерс считается пионером записи на магнитную ленту психотерапевтических сеансов. Он искал и опробовал различные методы, чтобы надежно зафиксировать позитивный результат психотерапии. Одним из них стала широко известная методика Q-сортировки, позволившая Роджерсу показать, например, позитивные изменения, происшедшие в представлении о себе у его пациентов.

На второй фазе развития исследований центральной является проблема связи между процессом и результатом психотерапии. В этот же период уделяется большое внимание развитию сравнительных исследований результатов воздействия различных психотерапевтических подходов.

В американском городе Топека на базе Меннингерской клиники в 1950-е гг. было разработано, а затем и проведено самое трудоемкое и ресурсоемкое из всех имеющихся на сегодня исследований психотерапии; завершающий отчет по этому проекту представлен в работе Р. Валлерстайна (R. Wallerstein) [55]<sup>3</sup>. В основу данного исследования был положен методологический принцип, вытекающий из предшествующего хода изучения психотерапии: “Исходя из теоретических соображений, мы считаем, что процесс и результаты психотерапии необходимым образом связаны между собой и что эмпирическое исследование, которое позволит дать ответы на многие вопросы, должно уделять одинаковое внимание обеим сторонам. В любом исследовании, направленном на изучение результатов, должны быть сформулированы критерии улучшения, которые, в свою очередь, должны ориентироваться на характер заболевания и процесс изменения” [56].

Еще одно методологически важное положение Меннингерского проекта заключалось в том, что исследование проводилось в естественных условиях, т.е. таким образом, чтобы оказывать минимальное воздействие на протекание клинического процесса (а лучше всего – вообще никакого). Согласно этому положению, пациенты были направлены для прохождения той или иной терапии не в случайном порядке, а в соответствии с клиническими показаниями. 22 пациента проходили клинический психоанализ, 20 – психоаналитическую психотерапию, причем из всех 42 чел. 22 в течение какого-то времени лечились стационарно, а остальные – только амбулаторно (из этого можно сделать вывод о тяжести заболеваний пациентов). Для их обследования в начале и в конце терапии, а также по прошествии

<sup>3</sup> На протяжении последующих лет участники этого исследования продолжали публиковать все новые материалы, относящиеся к проекту; на русском языке вышла в свет одна из подобных работ, принадлежащая перу Валлерстайна (см.: “Иностранная психология”. 1996. № 6. С. 44–53).

определенного времени после окончания лечения использовались различные методы, в том числе подробная клиническая оценка квалифицированными экспертами (психотерапевтами и психоаналитиками) каждого случая.

Основные результаты этого героического исследования сформулированы О. Кернбергом (O. Kernberg et al.) [27] и Р. Валлерстайном [55]. Кернберг утверждает, что для всего спектра психоаналитически ориентированной психотерапии прогностически хорошим показателем является сила Эго пациента, независимо от компетентности терапевта; при меньшей силе Эго обследуемого исход лечения не зависит от того, на что делается акцент: на интерпретативную или на поддерживающую сторону психотерапии – в любом случае успех терапии незначительный. Клинически тщательная проработка результатов исследования позволяет Валлерстайну более дифференцированно проинтерпретировать результаты: в целом, можно утверждать, что во всех 42 случаях психотерапия содержала больше поддерживающих компонентов, нежели предполагалось исходно, и что эти компоненты играют большую роль в обеспечении успеха терапии.

В методологическом отношении важным итогом Меннингеровского исследования является обнаружение того факта, что даже количественные результаты изучения психотерапии неоднозначны сами по себе: как теоретики, так и клиницисты, стремясь найти подтверждение своей любимой идеи, при анализе одних и тех же данных могут прийти к весьма неодинаковым выводам.

Третья фаза исследований психотерапии преодолевает тенденцию к групповым и статистическим подходам, к искусственно построенным экспериментальным условиям и обращается вновь к натуралистическим методам, сохраняя при этом стремление к контролю над процессуальными факторами, которые также подлежат изучению. Один из участников Меннингеровского проекта, Л. Люборски (L. Luborsky), в 1968 г. провел собственное исследование, Пенсильванский проект, подробный отчет о котором вышел спустя 20 лет [37]. В ходе этого исследования оценивались прогностические показатели эффективности психотерапии. Было обследовано 73 пациента, проходившие экспрессивно-поддерживающую психотерапию (длительностью от 8 до 264 сеансов), причем все сеансы были записаны на аудиокассеты.

Результаты изучения подтвердили ожидания относительно прогностических факторов. Лучшими являются показатели: а) психологического здоровья (по шкале HSRS), б) эмоциональной свободы, в) сверхконтроля, г) схождения между пациентом и терапевтом. Тем самым снова подтверждается положение о том, что для психодинамической психотерапии исходный уровень ду-

**Таблица 1.** Наиболее общие итоги Пенсильванского проекта

<i>n</i> = 72	Оценка терапевта	Оценка эксперта
Высокая степень улучшения	22	5
Средняя степень улучшения	43	51
Некоторое улучшение	27	27
Никаких изменений	7	14
Ухудшение	1	3

шевного здоровья пациента – это наиболее надежный прогностический признак успешности психотерапии. Как свидетельствуют данные табл. 1, состояние большинства пациентов, прошедших хотя бы несколько сеансов психотерапии, улучшается.

Базовые личностные паттерны изменяются в результате психотерапии, однако и после терапии центральный паттерн взаимодействия сохраняет свою конфигурацию в большей степени благодаря незначительному изменению структуры, обозначаемой как “Желание”, при заметном изменении структур “Реакция другого” и “Реакция субъекта”. Лишь немногие заканчивают психотерапию в худшем психологическом состоянии, чем были до лечения.

В целом, результаты исследования вновь подтвердили вывод о том, что степень сохранности душевного здоровья пациентов является статистически значимым прогностическим показателем будущего успеха психотерапии (это, разумеется, ограничивает возможности любого типа психотерапии). Люборски, однако, не остановился на воспроизведении уже известных фактов. Он также показал, что межличностное взаимодействие между пациентом и терапевтом в психоаналитической ситуации непременно должно включать факторы, благотворно воздействующие на процесс излечения. Еще в рамках Меннингеровского исследования он выделил восемь лечебных факторов психотерапии [35]:

- 1) опыт переживания “помогающих” отношений;
- 2) способность терапевта понимать пациента и реагировать (эмоционально откликаться);
- 3) возрастающее самопонимание пациента;
- 4) уменьшение степени “навязчивости” межличностных конфликтов;
- 5) способность пациента интернализировать достигнутое в психотерапии;
- 6) обретение пациентом большей терпимости по отношению к мыслям и чувствам других людей;
- 7) мотивация пациента к изменению себя;
- 8) способность терапевта предложить ясную, разумную и действенную технику.

В Пенсильванском исследовании в числе прочих методов применялся разработанный Люборски метод выявления центральной конфликтной темы отношений (метод CCRT)<sup>4</sup>. Было показано, что в успешных случаях терапии конфликтные отношения пациента утрачивают свой центральный характер, особенно если интерпретативная работа направлена на анализ этих отношений. Это, в свою очередь, влечет за собой снижение интенсивности симптоматики. Тем самым Люборски получил подтверждение одного из центральных пунктов теории психодинамической психотерапии о связи межличностных конфликтов и невротической симптоматики.

В общем и целом, в 70-е годы интерес исследователей, как уже отмечалось, сосредоточивался на изучении конфигураций отношений пациента в терапии и вне ее; при этом делаются попытки выделения различных структурных единиц отношений (уже упомянутый центральный паттерн отношений Люборски, конфигурации отношений М. Хоровица (M. Horowitz) [20], структуры сознания Х. Даля (H. Dahl) [8] и др.). Наряду с ориентированным на структуру отношений подходом разрабатывается подход, ориентированный на понимание процесса формирования отношений (см. [14, 57]). Кроме того, развиваются методы микроанализа невербальных аспектов психотерапевтического взаимодействия. Так, например, работы Р. Краузе (R. Krause) [30, 31] по изучению тонких мимических взаимодействий между пациентом и терапевтом открывают путь к эмпирически обоснованному пониманию процессов переноса-контрпереноса. Сотрудничество психотерапевтов и лингвистов позволяет проводить дискурс-анализ протоколов психотерапевтических сеансов, благодаря чему понятийный аппарат лингвистики переносится в область терапевтического диалога, открывая тем самым возможность более осознанного использования вербальных и паравербальных средств взаимодействия в клинической работе [13].

### 3. ИССЛЕДОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ

#### *Общий эффект психотерапии*

Исследования результатов психотерапии – это одна из тех областей, где полученные данные допускают множественное толкование, во многом обусловленное методом сбора материалов и понятиями, посредством которых данные интерпретируются. Наиболее объективными считаются результаты, полученные путем мета-анализа отдельных исследований. Первые мета-исследования

направленные на подтверждение благоприятного воздействия психотерапии через сравнение результатов применения различных психотерапевтических техник, показали, что в среднем те, кто прошел психотерапию, чувствуют себя лучше, чем 80% из выборки, не проходивших ее [5]. Тем не менее эти данные не противоречат тому факту, что у отдельных пациентов в результате психотерапии может наступить ухудшение. Таким образом, мета-анализ, претендующий на относительную объективность, в действительности приводит к противоречивым заключениям. Но все же он позволяет однозначно говорить о наличии психотерапевтического эффекта по сравнению с отсутствием лечения. К настоящему моменту почти не осталось сомнений, что психотерапия в общем и целом оказывает благотворное воздействие на пациентов, хотя признается также, что не всем удастся достичь желаемых позитивных изменений.

#### *Позитивные изменения при отсутствии лечения*

Если психотерапия является эффективной, то изменения, вызываемые ею, должны быть более значительными, чем те, которые могут возникнуть сами по себе – так называемая спонтанная ремиссия. Это тот самый вопрос, который поднял Айзенк еще в 1952 г., поставив под сомнение саму ценность психотерапии как вида лечения [11]. Этот вывод послужил стимулом к разворачиванию множества исследований, в ходе которых постепенно выработывалась современная методология изучения эффективности психотерапии. К сожалению, в большинстве ранних эмпирических работ не применялась, например, такая методология исследований, согласно которой в случайном порядке одних пациентов распределяют в группу тех, кто будет получать психотерапевтическое лечение, а других – в контрольную группу. В результате оказывается невозможным достоверно сравнить состояние пациентов, проходивших и не проходивших лечение. Последовавшие после сенсационной работы Айзенка исследования, основанные на мета-анализе той же литературы, которую использовал он, а также и других источников, свидетельствуют о том, что реальные показатели улучшения в отсутствие психотерапии были существенно ниже, чем указывает Айзенк. Исследования А. Бергина (A. Bergin) и М. Лэмберта (M. Lambert), например, показали, что величина спонтанной ремиссии у невротических пациентов равняется приблизительно 40% [4]. В другом исследовании [21], проведенном на материале мета-анализа отдельных работ, в которых в сумме представлены данные по 2431 пациенту, собранные в течение 30 лет, была выявлена стабильная закономерность, отражающая взаимосвязь между количеством психотерапевти-

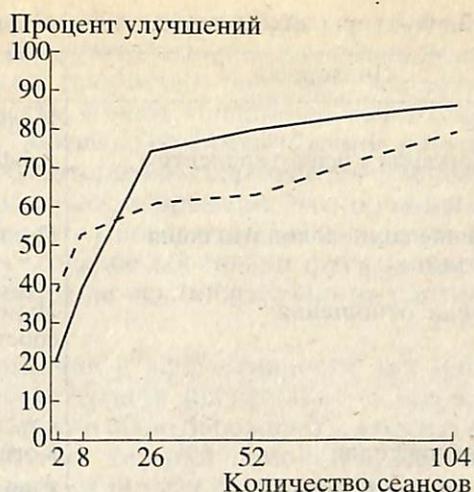
<sup>4</sup> CCRT – Central Core Conflictual Theme; на русском языке об этом методе см.: Калмыкова Е.С. Исследование индивидуального сознания методом контент-анализа // Психол. журн. 1994. Т. 15. № 3.

ческих сеансов, полученных пациентом, и степенью улучшения его состояния (см. рисунок).

В исследованиях с применением плацебо обнаружено, что самочувствие пациентов, получивших плацебо, улучшается в большей степени, чем лиц из контрольной группы, не получивших никакой терапии, но те, кто прошел психотерапию, демонстрируют еще большее улучшение своего состояния. В любой психотерапии присутствуют внимание, уважение, поддержка, которые оказываются важным лечебным фактором; разумеется, имеются достаточно убедительные свидетельства того, что результаты даже короткого психотерапевтического вмешательства могут быть стойкими и продолжительными. Так, Р. Нихолсон и Дж. Берман (R. Nicholson, J. Berman) [41] на материале мета-анализа 67 исследований эффективности психотерапии приходят к выводу, что на начальных этапах возникает заметное улучшение, которое на последующих стадиях сохраняется и возрастает, оно сохраняется также спустя длительное время после окончания лечения.

Следующий вопрос, заслуживающий подробного рассмотрения: какая же психотерапевтическая техника оказывается наиболее эффективной? В настоящее время в психотерапии наблюдается тенденция к эклектизму или интеграции различных технических и теоретических подходов в единый общий подход к лечению, для которого не характерно четкое следование какому-либо строгому правилу, выработанному той или иной школой. Тем не менее сохраняется тенденция различать в психотерапии два течения: с одной стороны, это школы и направления, связанные с психодинамическими и гуманистическими теориями, а с другой – с поведенческими, когнитивными, экспериментально-психологическими теориями и подходами. Это разделение отражается не только на применяемых техниках, но и на программах обучения психотерапевтов (акцент на анализе клинических случаев, личном опыте, штудировании теоретических работ – или же на научных принципах, сборе экспериментальных данных, “технологиях” терапевтических воздействий). Что касается эффективности обоих этих течений, то недавние сравнительные исследования различных авторов показали, что психотерапевтическая действенность многочисленных разновидностей лечения приблизительно одинакова. Хотя эти исследования проводились традиционными методами, применение более современной методологии мета-анализа данных принесло в целом те же результаты [4, 6, 15, 26, 36, 41, 42, 46].

Например, в так называемом Шеффилдском проекте [45] когнитивно-бихевиоральная терапия (обозначенная термином “предписывающая”), включающая техники релаксации и совладания с тревогой, рациональное переструктурирование и



Соотношение между количеством психотерапевтических сеансов и числом пациентов ( в процентах), состояние которых улучшилось.

Сплошная линия показывает изменение объективных показателей улучшения в конце лечения; пунктирная линия – изменение субъективных показателей по ходу лечения.

тренинг социальных навыков, сопоставлялась с терапией, ориентированной на отношения (обозначенной как “эксплоративная”). Клиентами были рабочие и служащие, страдавшие от невротической депрессии или тревоги. В исследовании использовался “перекрестный” экспериментальный дизайн, согласно которому каждая пара “терапевт–пациент” работала по 8 недель (1 сессия в неделю) в одном терапевтическом жанре, после чего ровно столько же времени – в другом жанре терапии. Такой дизайн позволяет с высокой степенью надежности контролировать переменные, связанные с личностью пациента и терапевта, благодаря чему возникает возможность оценить эффект терапевтического воздействия. Результаты показали небольшое преимущество “предписывающей” психотерапии по опросникам, оценивающим выраженность симптомов, и по стандартизованному психиатрическому интервью, однако из 30 случаев лишь в семи различия в эффективности оказались статистически значимыми.

В целом, многочисленные отдельные исследования и результаты мета-анализа приводят к заключению, что различные техники психосоциальной терапии оказываются приблизительно равными по эффективности. Незначительное преимущество когнитивно-бихевиоральных подходов, которое обнаруживается в большинстве подобных работ, можно объяснить, например, тем, что методы измерения эффективности фиксируют в первую очередь поведенческие изменения у пациентов, а не количество или качество инсайтов, пережитых ими в ходе терапии. Еще одно возможное объяснение: подавляющее боль-

Таблица 2. Факторы, обуславливающие успешность психотерапии

Поддержка	Научение	Действие
Катарсис	Информация	Поведенческая регуляция
Идентификация с психотерапевтом	Аффективные переживания	Когнитивное совладание
Уменьшение социальной изоляции	Принятие проблематичного опыта	Совладание со страхом
Позитивные отношения	Изменения ожиданий относительно собственной эффективности	Принятие риска
Снятие напряжения	Когнитивное научение	Подражание
Терапевтический альянс	Корректирующий эмоциональный опыт	Упражнение
Активное участие во взаимодействии	Исследование внутренних фреймов	Тестирование реальности
Компетентность психотерапевта	Обратная связь	Опыт переживания успеха
Теплота, уважение, принятие, эмпатия, аутентичность терапевта	Инсайт	Проработка
Доверие	Принципы	

шинство подобных исследований проводится психотерапевтами, которые придерживаются именно когнитивно-бихевиоральной ориентации, поэтому не удивительно, что результаты интерпретируются в пользу “родного” направления.

Однако более интригующим итогом исследований представляется именно обнаруженная незначительность различий в эффективности психотерапевтических школ, столь разных по своим теоретическим и методическим основаниям. Для объяснения этого факта предлагаются три альтернативные гипотезы.

1. Различные психотерапии достигают сходных целей посредством разных процессов.

2. В действительности наблюдаются различные исходы терапии, которые, однако, не улавливаются применяемыми исследовательскими стратегиями.

3. Различные терапии включают в себя определенные общие для всех компоненты, оказывающие лечебное воздействие, хотя и не занимают центрального места в присущем данной школе теоретическом обосновании психотерапевтического изменения.

В настоящее время ни одну из этих трех гипотез невозможно полностью ни доказать, ни опровергнуть. Пожалуй, наибольшее количество сторонников собрала третья альтернатива, предполагающая наличие общих факторов, присущих всякому психотерапевтическому подходу. К ним, в первую очередь, относятся: теплота и поддержка; внимание к пациенту; надежность психотерапевта; некоторая доля суггестии; ожидание улучшения и запрос на улучшение. Среди общих фак-

торов наиболее исследованы так называемые “необходимые и достаточные условия” личностного изменения пациента, выявленные в рамках клиент-центрированного подхода [43]: эмпатия, позитивное отношение, ненавязчивая теплота и конгруэнтность (подлинность) психотерапевта. Практически все школы психотерапии признают, что данные характеристики отношения терапевта к пациенту важны для эффективного лечения и являются также фундаментальными в построении терапевтического альянса. М. Лэмберт и А. Бергин (M. Lambert, A. Bergin) [32] предлагают следующий перечень общих факторов, сгруппированных в три категории (поддержка, научение, действие), связанных с успешным исходом психотерапии (табл. 2).

В последнее время все более очевидно, что определенные личностные качества пациента играют существенную роль в формировании терапевтических отношений и влияют на исход терапии. Х. Страпп (H. Strupp) [49–52] сообщает о четырех сериях исследований, в каждом из которых два пациента проходили краткосрочную терапию у одного и того же психотерапевта, причем один из пациентов демонстрировал значительный прогресс, а терапия второго была оценена как неудачная. Эти сообщения являются частью обширного исследования с использованием различных методов измерения эффективности психотерапии и анализа взаимодействий между пациентом и терапевтом. В упомянутых случаях пациентами были студенты колледжа (мужчины), страдавшие от тревожности, депрессии, социальной отстраненности. Все терапевты, принимавшие участие в исследовании, обладали достаточно хорошими

профессиональными навыками, однако межличностные отношения с каждым из двух пациентов оказывались весьма различными. В восьми полученных отчетах (по два от каждого терапевта) пациент, достигший значительного успеха, характеризовался как более ориентированный на построение значимых отношений с терапевтом и действительно сумевший это сделать, тогда как "неуспешный" пациент не сформировал отношений с терапевтом и был склонен действовать на более поверхностном уровне.

Благодаря исследовательскому дизайну вклад психотерапевта в обоих случаях можно было считать более или менее константным, что позволяло приписать различия в результатах терапии переменным, привнесенным пациентами. Сюда можно отнести такие факторы, как организация Эго пациента, зрелость, мотивация, способность активно включиться в предлагаемый межличностный процесс. Страпп подчеркивает, что опыт прошлых межличностных отношений пациента играет важную роль для достижения им значимых изменений в ходе терапевтического взаимодействия. К сходным результатам приходят также Л. Люборски [34], Д. Кросс и П. Шихэн (D. Cross, P. Sheehan) [7], Р. Моррис и К. Сакермэн (R. Morris, K. Suckerman) [38–40] и ряд других.

В последние годы проявляется тенденция не столько к сопоставлению эффективности различных психотерапевтических направлений в целом, сколько к рассмотрению возможного воздействия конкретной терапевтической техники на конкретное психическое нарушение независимо от исходного общетеоретического направления. В результате этих исследований, с одной стороны, подтверждается ведущая роль "неспецифических" компонентов психотерапии, а с другой — удается обнаружить некоторые специфические факторы (например, в случае лечения депрессии в контексте когнитивно-бихевиорального направления важным моментом является новый способ описания проблемы, предлагаемый терапевтом, а также постоянная "обратная связь" от терапевта к пациенту относительно продвижения последнего).

В целом, изучение эффективности психотерапии позволяет прийти к ряду выводов, имеющих значение для ее теории и практики, а также для дальнейшего развития исследований.

1. Многие из изученных видов психотерапии оказывают очевидное влияние на различные типы пациентов, причем это влияние не только статистически значимо, но и клинически эффективно. Психотерапия способствует снятию симптомов, ускоряя естественный процесс выздоровления и обеспечивая расширение стратегий совладания с жизненными трудностями.

2. Результаты психотерапии, как правило, оказываются достаточно пролонгированными. Хотя некоторые проблемы, например наркотическая зависимость, имеют тенденцию возникать снова и снова, многие из новообразований, достигнутых в ходе психотерапии, сохраняются в течение длительных периодов времени. Это объясняется отчасти тем, что многие виды психотерапии направлены на создание постоянно функционирующих изменений, а не исключительно на снятие симптомов.

3. Различия в эффективности тех или иных форм психотерапии значительно менее выражены, чем можно было бы ожидать: когнитивно-бихевиоральные техники демонстрируют некоторое превосходство над традиционными методами вербальной терапии применительно к определенным типам психических расстройств, но это нельзя считать закономерностью. Длительность психотерапевтического лечения также может быть весьма непродолжительна для определенного типа проблем, тогда как ряд проблем и расстройств не поддается краткосрочной психотерапии.

4. Несмотря на то что отдельные психотерапевтические направления сохраняют своеобразие и свойственную им специфику взаимодействия с пациентом, многие психотерапевты в настоящее время следуют эклектическому подходу. С одной стороны, этот факт отражает естественную ответную реакцию на эмпирические данные и отвергает существовавшую прежде установку на строгое соблюдение правил и требований определенной школы. С другой стороны, это позволяет максимально гибко приспособлять ту или иную технику к запросам и нуждам пациента, его личностным особенностям и объективным обстоятельствам проведения психотерапии.

5. Межличностные, социальные и эмоциональные факторы, являющиеся одинаково значимыми для всех видов психотерапии, по-видимому, выступают важными детерминантами улучшений состояния пациентов. При этом со всей очевидностью обнаруживается тот факт, что помогать людям справляться с депрессией, тревогой, чувством неадекватности, внутренними конфликтами, помогать им строить более живые отношения с окружающими и открывать для себя новые направления в жизни можно лишь в контексте доверительных, теплых отношений. Дальнейшие исследования должны фокусироваться не столько на детерминантах отношений, общих для всех видов психотерапии, сколько на специфическом значении конкретных интеракций между пациентом и терапевтом.

6. И наконец, необходимо иметь в виду, что за усредненными показателями улучшения состояния пациентов в результате психотерапии скрываются весьма существенные индивидуальные

различия. Одной из детерминант этих различий является личность самого психотерапевта, еще одной – личность пациента; совершенно очевидно, что не всем можно помочь и не все психотерапевты эффективно работают с любым пациентом. Из этого следует, что есть потребность в более тщательном анализе взаимосвязи между процессом и результатом психотерапии, основывающемся не только на клинических суждениях, но и на систематическом сборе эмпирических данных.

#### 4. МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Методы исследования психотерапевтического процесса в целом и – более узко – психотерапевтического взаимодействия можно классифицировать в соответствии со следующими категориями измерений: методы прямого–непрямого измерения; фокус анализа; перспектива анализа; изучаемый аспект процесса, тип шкалирования, теоретическая ориентация (см. [33]). Прямые методы кодируют или оценивают поведение в ходе реальных сессий или их записей (транскрипты, аудио- или видеозаписи); это обычно делают эксперты или судьи. Непрямые методы – это опросники, заполняемые, как правило, сразу после сеанса непосредственными участниками терапевтического процесса и характеризующие их состояние в ходе сеанса.

Фокусов анализа может быть три: пациент, терапевт, диадное взаимодействие. Под перспективой анализа понимается точка зрения, позволяющая описывать психотерапевтический процесс – терапевта, пациента или же “независимого” эксперта. Раньше предполагалось, что эксперты могут судить о процессе терапии объективно, поскольку они не задействованы в нем лично. В настоящее время нет сомнений в том, что эксперты могут быть не менее пристрастны, чем непосредственные участники взаимодействия, однако их пристрастия не обусловлены включенностью в процесс.

Р. Эллиот (R. Elliott) [10] предлагает различать четыре аспекта процесса взаимодействия: содержание (*что* именно говорится); действия (*какого рода* действие осуществляется – вопрос, просьба и т.д., т.е. характер речевого акта); стиль/состояние (*как* именно говорится, например, эмпатически, осуждающе и т.д.); качество (*насколько хорошо* нечто говорится или делается).

При шкалировании используются чаще всего шкалы типа ликертовских: пяти-, семи- или девятибалльные. Другой способ описания – категориальная кодировка, когда все данные квалифицируются в соответствии с некоей системой категорий. Наконец, время от времени применяется Q-сортировка, при которой эксперты оценивают психотерапевтический процесс в категориях, распределен-

ных по оценочной шкале. Теоретическая ориентация, в рамках которой создавался метод, может существенно ограничивать возможности его применения для каких-либо других видов психотерапии. Здесь важно учитывать методологический принцип конгруэнтности “проблема–лечение–результат”: вразумительность исследования психотерапии определяется изоморфизмом или конгруэнтностью наших понятий относительно клинической проблемы, процесса терапевтического изменения и клиническим результатом [53, с. 7].

Наиболее полные описания имеющихся на сегодня методов исследования психотерапевтического процесса представлены в сборниках под редакцией Л. Гринберга и У. Пинсофа (L. Greenberg, W. Pinsof) [16], Д. Кислера (D. Kiesler) [28], Р. Рассела (R. Russell) [44]. В нашей статье мы коснемся лишь одного из них, направленного на анализ взаимодействий между психотерапевтом и пациентом. Это разработанный Л. Бенджамин метод САСП – Структурный анализ социального поведения (по-английски SASB – Structural Analysis of Social Behavior), который широко используется для изучения интеракций между пациентом и психотерапевтом в индивидуальной и семейной психотерапии [2].

САСП основывается на так называемой циркулярной модели социального поведения, предложенной Т. Лири и получившей дальнейшее развитие в трудах Д. Кислера [29]. Согласно этой модели, все межличностное поведение можно описать в рамках одной плоскости, на которой задаются две оси: ось аффилиации (любовь–ненависть) и взаимозависимости (независимость–контроль). Модель Бенджамин предлагает различать три плоскости вместо одной в соответствии с фокусом внимания интеракции: любая интеракция либо может быть направлена на партнера (транзитивный фокус), либо является ответной реакцией на предшествующую интеракцию партнера (интранзитивный фокус), либо может выражать состояние собственного “Я” субъекта (интроективный фокус).

Межличностная теория, на которой базируется САСП, восходит к Г. Салливану (H. Sullivan) [54]. Согласно его точке зрения, личностная концепция “Я” вытекает из тех оценок, которые индивидуум получает в течение своей жизни со стороны значимых для него людей. Тем самым личность понимается как результирующая субъективно интернализованных прошлых отношений, которая постоянно формируется. На этой базе Бенджамин разработала единую динамическую модель межличностного взаимодействия и интрапсихических функций, включающую в себя сензитивную и в то же время удобную технологию соответствующих измерений. Для прогнозирования индивидуального поведения она стремится в первую очередь понять мироощущение субъекта.

Структурный анализ социального поведения (САСП) выходит за грань вышеупомянутых плоскостных круговых моделей, различая в каждом коммуникативном акте с помощью разных фокусировок (с точки зрения действующего лица) три плоскости межличностного взаимодействия: транзитивную (активную), нетранзитивную (реактивную) и интроективную. Благодаря различению трех плоскостей межличностного взаимодействия, в особенности активного (транзитивного) и реактивного (интранзитивного) фокусов, т.е. в зависимости от направленности коммуникативных действий, метод САСП решает хроническую проблему простых круговых моделей. В них, например, стремление доминировать над другими людьми противоположно желанию подчиняться, при этом оба качества – активность и реактивность – оказываются на одном и том же полюсе контрольного измерения. Лишь различение коммуникативной направленности (фокуса), вводимое в САСП, позволяет избежать смешения активного и реактивного измерений человеческого общения, благодаря чему теперь можно сформулировать дифференцированные транзактные концепции комплиментарности, антитезы и т.д.

САСП – это не простой “тест”, а система, с помощью которой мы можем моделировать и анализировать межличностные транзакции, непосредственно увязывая их с Я-концепцией рассматриваемого человека. Поэтому она особенно подходит для поддержания и понимания текущих терапевтических процессов. С точки зрения теории общения принято различать аспекты содержания и отношения в отдельном коммуникативном акте. САСП подходит для анализа обоих аспектов, все же в основном его применяют при изучении аспекта построения отношения, отвечая на вопрос: “Кто, как и к кому относится и как тот в свою очередь на это реагирует?”.

Ориентация на процесс построения отношения означает, что методика должна выявлять и кодировать межличностные интеракции между участниками. Кодирование таких интеракций по САСП производится феноменологически по наблюдаемым проявлениям, не допуская спекулятивных теоретических заключений о неосознаваемой “сути происходящего”, которая якобы раскрывается в определенной сцене. Благодаря этому при правильном понимании и применении метод САСП оказывается нейтральным по отношению к отдельным психотерапевтическим школам и именно поэтому предлагает им универсальный язык общения. Психоаналитики и поведенческие терапевты могут таким образом обмениваться мнениями с научной точностью без необходимости делать скидку на неприемлемые теоретические предпосылки позиций оппонента. Это означает, что применение САСП позволяет осуществить методологический принцип конгру-

энтности “проблема–лечение–результат”, обеспечивающий релевантность, валидность и сопоставимость получаемых данных.

Особо продуктивным оказывается этот метод при изучении различных составляющих психотерапевтического процесса. Так, в исследовании У. Генри, Т. Шахта и Х. Страппа (W. Henry, T. Schacht, H. Strupp) [19] было показано, что один и тот же психотерапевт, выстраивая различные межличностные отношения с тем или иным пациентом, может достичь успеха или потерпеть неудачу в терапии в целом; факт, что межличностный процесс коррелирует с успешностью терапии, подтвердился для различных психотерапевтических направлений. В “успешных” случаях психотерапевт проявляет по отношению к пациенту больше affiliативного контроля и affiliативной автономии и существенно меньше враждебного контроля; пациент же демонстрирует в большей степени дружескую дифференциацию и в меньшей – враждебную сепарацию по отношению к психотерапевту. Далее для “успешных” случаев характерна большая позитивная комплиментарность взаимодействий психотерапевта и пациента, когда оба участника коммуникации действуют в дружеской манере, и значительно меньшая негативная комплиментарность (один дружелюбен, другой – враждебен), чем для “неуспешных” случаев.

САСП, благодаря плоскости интроекта, т.е. структуры, содержащей комплекс представлений о себе и средства саморегуляции, дает возможность также анализировать внутриличностную динамику пациента в связи с текущим интерперсональным процессом. С теоретической точки зрения именно изменение интроекта по направлению к большей адаптированности позволяет пациенту прийти к разрешению “проблемы” и детерминирует успех психотерапии. Исходя из этого, можно ожидать, что интернализация позитивного межличностного процесса обеспечит позитивное же изменение интроекта пациента, и наоборот; эта гипотеза также была подтверждена в другом исследовании (см. [18]).

Более обобщенное представление о возможностях изучения психотерапевтического процесса, предоставляемых методом САСП, сформулировано в работе У. Генри: САСП позволяет операционализировать психодинамические конструкты и понятия таким образом, что они становятся доступными для исследования в рамках принципа конгруэнтности “проблема–лечение–результат” [17]. Это открывает путь к сопоставлению различных видов психотерапии, к построению интегративной модели психотерапии и в конечном итоге – к пониманию механизмов изменений пациентов, возрастанию эффективности и успешности психотерапевтического воздействия в целом.

Мы надеемся, наш краткий обзор исследований в психотерапии позволит читателю прийти к заключению, что психотерапевтическая деятельность в целом становится предметом изучения фундаментальной науки – психологии, клинической психологии, психолингвистики. В то же время в среде психотерапевтов-клиницистов исследовательская работа часто воспринимается как нечто чуждое самому искусству психотерапии, гармонии которого невозможно “поверить алгеброй”. Подобное отношение к научному исследованию достойно сожаления. Остается только уповать, что большая информированность о проводимых исследованиях поможет изменить сложившийся стереотип.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Alexander F.* Five year report of the Chicago Institute for Psychoanalysis, 1932–1937. Chicago: Institute of Psychoanalysis, 1937.
2. *Benjamin L.S.* Structural analysis of social behavior // *Psychological Review*. 1974. V. 81. P. 392–425.
3. *Bergin A.* The evaluation of therapeutic outcomes // *Handbook of psychotherapy and behavior change* // Eds. S.L. Garfield, A.E. Bergin. N.Y.: Wiley, 1971. P. 217–270.
4. *Bergin A.E., Lambert M.I.* The evaluation of therapeutic outcomes // *Handbook of psychotherapy and behavior change: An Empirical Analysis*. 2nd ed. / Eds. S.L. Garfield, A.E. Bergin. N.Y.: Wiley, 1978.
5. *Bergin A.E., Garfield S.L.* (Eds.) *Handbook of psychotherapy and behavioral change*. 4th ed. N.Y.: Wiley, 1994.
6. *Beutler L.E.* Toward specific psychological therapies for specific conditions // *J. of Consulting and Clin. Psychology*. 1979. V. 47. P. 882–892.
7. *Cross D.G., Sheehan P.W.* Secondary therapist variables operating in short-term insight-oriented and behavior therapy // *British J. of Medical Psychology*. 1982. V. 55. P. 275–284.
8. *Dahl H.* Frames of mind // *Psychoanalytic process research strategies* / Eds. H. Dahl, H. Kaechele, H. Thomae. N.Y., 1988. P. 51–66.
9. *Psychoanalytic process research strategies* / Eds. Dahl H., Kaechele H., Thomae H. N.Y., 1988.
10. *Elliott R.* Five dimensions of therapy process // *Psychotherapy Research*. 1991. V. 1. P. 92–103.
11. *Eysenk H.* The effects of psychotherapy: an evaluation // *J. of Consult. Psychology*. 1952. V. 16. P. 319–324.
12. *Fenichel O.* Statistischer Bericht über die therapeutische Tätigkeit 1920–1930 // *Zehn Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut, Poliklinik und Lehranstalt* / Hrsg. S. Rado, O. Fenichel, U. Mueller-Braunschweig. Wien: Int. Psa. Verl., 1930. P. 13–19.
13. *Flader D., Grodzicki W., Schroeter K.* Psychoanalyse als Gespräch, Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision. Frankfurt/M: Suhrkamp, 1982.
14. *Gill M.M., Hoffman I.S.* Analysis of transference. V. II. Studies of nine audiorecorded psychoanalytic sessions. N.Y.: Intern. Univ. Press, 1982.
15. *Goldstein A., Stein N.* Prescriptive psychotherapies. N.Y.: Pergamon, 1976.
16. *The psychotherapeutic process: A research handbook* / Eds. Greenberg L., Pincus W. N.Y.: Guilford, 1986.
17. *Henry W.P.* Structural Analysis of Social Behavior as a Common Metric for Programmatic Psychopathology and Psychotherapy Research // *J. of Consulting and Clin. Psychology*. 1996. V. 64. № 6. P. 1263–1275.
18. *Henry W.P., Schacht T.E., Strupp H.H.* Patient and therapist introject, interpersonal process and differential psychotherapy outcome // *J. of Consulting and Clin. Psychology*. 1990. V. 58. P. 768–774.
19. *Henry W.P., Schacht T.E., Strupp H.H.* Structural Analysis of Social Behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome // *J. of Consulting and Clin. Psychology*. 1986. V. 54. P. 27–31.
20. *Horowitz M.Z.* States of mind: Analysis of change in psychotherapy. N.Y., L.: 1979.
21. *Howard H.I., Kopte S.M., Krause M.S., Orlinsky D.E.* The dose-effect relationship in psychotherapy // *Amer. Psychologist*. 1986. V. 41. P. 159–164.
22. *Jones E.* Report of the Clinic Work. L.: London Clinic of Psychoanalysis, 1936.
23. *Kaechele H.* Psychoanalytische Psychotherapieforschung // *Psyche*. 1992. Bd. 46. № 3. S. 259–285.
24. *Kaechele H., Strauss B.* Approaches a Methods in Psychotherapy Research or Do we need Empirically Validated/Supported Treatments. Montevideo, 1998.
25. *Kazdin A.* Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research // *Handbook of psychotherapy and behavioral change*. 4th ed. / Eds. A. Bergin, S. Garfield. N.Y.: Wiley, 1994. P. 19–71.
26. *Kellner R.* Psychotherapy in psychosomatic disorders: A survey of controlled outcome studies // *Archives of General Psychiatry*. 1975. V. 35. P. 1021–1028.
27. *Kernberg O., Bursteine E., Coyne L. et al.* Psychotherapy and psychoanalysis. Final report of the Menninger Foundation // *Bull. of Menninger Clin.* 1972. V. 36. P. 3–275.
28. *Kiesler D.* The process of psychotherapy. Chicago: Aldine, 1973.
29. *Kiesler D.* The 1982 interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions // *Psychol. Rev.* 1983. V. 90. № 3. P. 185–214.
30. *Krause R.* Eine Taxonomie der Affekte und ihre Anwendung auf das Verstaendnis der “fruehen” Stoerungen // *Psychotherapy and Medical Psychology*. 1988. V. 38. P. 77–86.
31. *Krause R., Luetolf P.* Facial Indicators of transference processes within psychoanalytic treatment / Ed. H. Dahl et al. 1988. P. 241–256.
32. *Lambert M., Bergin A.* The effectiveness of psychotherapy // *Handbook of psychotherapy and behavioral change*. 4th ed. / Eds. A. Bergin, S. Garfield. N.Y.: Wiley, 1994. P. 143–189.
33. *Lambert M., Hill C.* Assessing psychotherapy outcomes and processes // *Handbook of psychotherapy and behav-*

- ioral change. 4th ed. / Eds. A. Bergin, S. Garfield. N.Y.: Wiley, 1994. P. 72–113.
34. Luborsky L., Bachrach H., Graff H., Pulver S., Christoph P. Preconditions and consequences of transference interpretations: A clinical-quantitative investigation // *J. of Nervous and Mental Disease*. 1979. V. 167. P. 391–401.
  35. Luborsky L., Schimek J. Psychoanalytic theories of therapeutic and developmental change: implications for assessment // *Personality change* / Eds. P. Worche, N. Byrne. N.Y.: Wiley, 1964.
  36. Luborsky L., Singer B., Luborsky L. Comparative studies of psychotherapy // *Archives of General Psychiatry*. 1975. V. 32. P. 995–1008.
  37. Luborsky L., Crits-Christoph P., Mintz J., Auerbach A. Who Will Benefit From Psychotherapy. N.Y.: Basic Books, 1988.
  38. Morris R.J., Suckerman K.R. Morris and Suckerman reply // *J. of Consulting and Clin. Psychology*. 1975. V. 43. P. 585–586.
  39. Morris R.J., Suckerman K.R. The importance of therapeutic relationships in systematic desensitization // *J. of Consulting and Clin. Psychology*. 1974. V. 42. P. 148–156.
  40. Morris R.J., Suckerman K.R. Therapist warmth as a factor in automated systematic desensitization // *J. of Consulting and Clin. Psychology*. 1974. V. 42. P. 244–250.
  41. Nicholson R.A., Berman J.S. Is follow-up necessary in evaluating psychotherapy? // *Psychological Bulletin*. 1983. V. 93. P. 261–278.
  42. Rachman S., Wilson G. The effect of psychological therapy: Second enlarged edition. N.Y.: Pergamon, 1980.
  43. Rogers C.R. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change // *J. of Consulting Psychology*. 1957. V. 21. P. 95–103.
  44. Russell R. Language in psychotherapy: Strategies of discovery. N.Y.: Plenum, 1987.
  45. Shapiro D., Firth J. Prescriptive versus exploratory psychotherapy. Outcomes of the Sheffield Psychotherapy Project // *British J. of Psychiatry*. 1987. V. 151. P. 790–799.
  46. Shapiro D.A., Shapiro D. Meta-analysis of comparative theory outcome studies: A replication and refinement // *Psychological Bulletin*. 1982. V. 92. P. 581–604.
  47. Spence D. Traditional case studies and prescriptions for improving them // *Psychodynamic treatment research. A handbook for clinical practice* / Eds. N. Miller et al. N.Y.: Wiley, 1993.
  48. Stiles W., Shapiro D., Elliott R. Are all psychotherapies equivalent? // *Amer. Psychologist*. 1986. V. 41. P. 165–180.
  49. Strupp H.H. Success and failure in time-limited psychotherapy: A systematic comparison of two cases-comparison 1 // *Archives of General Psychiatry*. 1980. V. 37. P. 595–603.
  50. Strupp H.H. Success and failure in time-limited psychotherapy: A systematic comparison of two cases-comparison 2 // *Archives of General Psychiatry*. 1980. V. 37. P. 708–716.
  51. Strupp H.H. Success and failure in time-limited psychotherapy: A systematic comparison of two cases-comparison 4 // *Archives of General Psychiatry*. 1980. V. 37. P. 934–945.
  52. Strupp H.H. Success and failure in time-limited psychotherapy: With special reference to the performance of a lay counselor // *Archives of General Psychiatry*. 1980. V. 37. P. 831–841.
  53. Strupp H.H., Schacht T., Henry W. Problem–Treatment–Outcome congruence: A principle whose time has come // *Psychoanalytic process research strategies* / Eds. H. Dahl, H. Kaechele, H. Thomae. N.Y., 1988. P. 1–14.
  54. Sullivan H.S. The interpersonal theory of psychiatry. N.Y.: Norton, 1953.
  55. Wallerstein R.S. Forty-two lives in treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy. N.Y.: Guilford, 1986.
  56. Wallerstein R., Robbins L., Sargent H., Luborsky L. The psychotherapy Research Project of the Menninger Foundation: Rationale, Method and Sample Use. First Report // *Bull. of Menninger Clin*. 1956. V. 20. P. 221–278.
  57. Weiss J., Sampson H. The psychoanalytic process: theory clinical observation and empirical research. N.Y.: Guilford, 1986.

## PSYCHOTHERAPY IN FOREIGN COUNTRIES: HISTORY AND MODERN STATE

E. S. Kalmykova\*, H. Kaechele\*\*

\* *Cand. sci. (psychology), sen. res. ass., IP RAS, Moscow*

\*\* *Professor, dean of the department of psychotherapy and psychosomatics, Univ. of Ulm, Germany.*

The main stages of the history of development of psychotherapy studies are given, particularly the investigation of individual psychodynamic psychotherapy for adults in out-patient department. It is shown how within the two last decades the point of interest in study of some problems is removed from one task to another. The problem of psychotherapy efficacy and the main results of its study presented in modern literature are considered in detail. Some approaches to study of the process of psychotherapeutic interaction and techniques, in particular the technique “Structural analysis of social behavior” (SASB) devised by L. Benjamin as well the possibilities of this technique to construct the model of psychotherapeutic process are also considered.

*Key words:* psychotherapy, psychoanalysis, empirical research, efficacy, case study, therapeutic improvement.