

Председатель ГЭК,

_____ Баранова О.В.

Изменение индивидуально-психологических характеристик взрослых в результате психологического консультирования

Диссертация

на соискание степени Магистра по направлению 030300 – Психология
основная образовательная программа «Психическое здоровье»

1-й рецензент

К. пс. н., доцент кафедры
психического здоровья и раннего
сопровождения детей и родителей
Аникина В.О.

_____ (подпись)

Исполнитель

Студентка кафедры психического
здоровья и раннего сопровождения
детей и родителей
Пермякова О.Б.

_____ (подпись)

2-й рецензент

Педагог психолог ДОУ
№ 41 Центрального района СПб
Пасторова А.Ю.

_____ (подпись)

Научный руководитель

Д. пс. н., профессор кафедры
психического здоровья и раннего
сопровождения детей и родителей
Васильева Н.Л.

_____ (подпись)

Санкт-Петербург

2016

АННОТАЦИЯ

Целью настоящего исследования является выявление изменений индивидуально-психологических характеристик клиентов в результате психологической помощи разных видов: психодинамическая терапия, гештальт-терапия и краткосрочная терапия, ориентированная на решение конкретной задачи.

Также были исследованы две контрольные группы – первая группа «листа ожидания», участники которой собирались обратиться за психологической помощью. Вторая контрольная группа получала медикаментозную помощь, при отсутствии всякого терапевтического воздействия.

Изучались следующие индивидуально-психологические характеристики: уровень депрессивности, измеренный по шкале Зунге, частота уровня позитивных и уровня негативных аффектов, измеренные по опроснику ШПАНА (русский эквивалент опросника PANAS). Также была использована авторская методика Н.Л. Васильевой «Картина субъективного мира».

Были получены следующие результаты:

Все виды терапии, повышали частоту испытываемого респондентами позитивного аффекта ($p < 0,05$).

Картина субъективного мира изменялась только при использовании вербального вида терапии. Среди терапий вербального вида наибольшие изменения индивидуально-психологических характеристик отмечались в результате психодинамической терапии, гештальт-терапии (по сравнению с краткосрочной терапией). ($p < 0,05$).

Также были выявлены статистически значимые отличия между группами, показывающие наибольшие изменения индивидуально-психологических характеристик в результате получения психологической помощи: психодинамической терапии, гештальт-терапии, по сравнению с

краткосрочной терапией (и группой контроля) при работе с негативным аффектом. ($p < 0,05$).

ABSTRACT

The aim of this study is to identify changes in individual psychological characteristics of clients as a result of the psychological help of different kinds: psychodynamic therapy, Gestalt therapy and brief therapy focused on solving a specific problem.

Two control groups were also studied - the first group of "waiting list", the participants who are going to seek psychological help. The second control group received medication assistance, in the absence of any therapeutic intervention.

We studied the following individual psychological characteristics: the level of depression, as measured on a scale of DUNG, the frequency of the level of positive and negative affect levels measured by questionnaire Spahn (Russian equivalent of the questionnaire PANAS). Also, the author's technique was used by NL Vasilyeva "subjective picture of the world."

The following results were obtained:

All kinds of therapy, increases the frequency of the test respondents' positive affect ($p < 0,05$).

Subjective world picture changed only when using verbal therapy. Among the therapies verbal kind biggest changes of individual psychological characteristics were observed as a result of psychodynamic therapy, gestalt therapy (compared with short-term therapy). ($P < 0,05$).

Also, statistically significant differences between groups were found showing the greatest change individual psychological characteristics as a result of psychological care: psychodynamic therapy, Gestalt therapy, as compared to the short-term treatment (and control group) when dealing with negative affect. ($P < 0,05$)

АННОТАЦИЯ	2
ВВЕДЕНИЕ.....	7
ГЛАВА 1. Литературный обзор.....	10
1. 1.История исследований психотерапии.....	10
1.1.1 Этапы развития исследований психотерапии.....	12
1.2 Эффективность различных подходов в психотерапии.....	20
1.2.1 Психоаналитическая терапия.....	20
1.2.2 Гештальт терапия.....	27
1.2.3 Краткосрочная стратегическая терапия.....	33
1.3 Метаанализ психотерапевтического воздействия.....	35
1.4 Общие выводы по главе.....	38
ГЛАВА 2. Методы и организация исследования.....	41
2.1 Цели и задачи исследования.....	41
2.2 Описание выборки.....	42
2.3 Методы исследования.....	43
2.3.1 «Шкалы позитивного аффекта и негативного аффекта» (ШПАНА)..	43
2.3.2 Методика «Компоненты субъективного мира личности".....	44
2.3.3 Шкала депрессии Т. Зунга (АДАПТАЦИЯ Т.И.БАЛАШОВОЙ).....	46
2.4 Математико-статистические методы обработки данных.....	48
2.5 Процедура исследования.....	50
ГЛАВА 3. Результаты исследования и их обсуждение.....	51
3.1 Характеристика выборки и описательные статистики.....	51
3.2 Сравнение различных моделей психологической помощи.....	55
3.2.1 Изменения в уровне выраженности депрессии.....	55
3.2.2 Сравнение позитивного и негативного аффектов.....	57
3.2.3 Различия в картине субъективного мира между группами получавшими разный вид психологической помощи.....	61
3.3 Социальные показатели.....	64

3.3.1 Влияние семейного статуса.....	64
3.3.2 Влияние фактора "наличие детей"	68
3.3.3 Влияние образования и вида занятости.....	69
3.3.4 Влияние биографических факторов на картину внутреннего мира...	70
3.4. Обсуждение полученных результатов.....	71
ВЫВОДЫ.....	74
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	76
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	78
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	85

ВВЕДЕНИЕ

Выбор темы исследования обусловлен тем, что в настоящее время консультативная помощь стала частью российской действительности, в то время, как исследований различных направлений этой формы помощи практически нет. В данной работе сделана попытка изучения особенностей индивидуально-психологических изменений, к которым приводят различные виды психологической работы: психодинамическая психотерапия, гештальт-терапия и краткосрочная терапия.

Объект исследования:

Психологическое консультирование

Предмет исследования:

Изменение индивидуально-психологических характеристик взрослых, в связи с использованием разных направлений психологического консультирования: гештальт-консультирование, психодинамическое консультирование, краткосрочное консультирование.

Цель исследования:

Выявление изменений индивидуально-психологических характеристик у взрослых клиентов получивших психологическую помощь разных видов.

Задачи исследования:

1. Сравнить изменения уровня депрессивности в результате разных направлений психологической помощи;
2. Сравнить изменения уровня негативного аффекта в результате разных направлений психологической помощи;
3. Сравнить изменения уровня позитивного аффекта в результате разных направлений психологической помощи;

4. Сравнить динамику субъективной картины мира у клиентов, получивших психологическую помощь в разных направлениях.

Этапы проведения исследования:

1. Провести теоретический анализ проблемы эффективности направлений психологической помощи;
2. Провести анализ литературы по вопросу, какие индивидуально-психологические характеристики наиболее чувствительны к изменениям в результате психологической помощи.
3. Подобрать методы психологического исследования изменения индивидуально психологических характеристик;
4. Выявить изменения индивидуально-психологических характеристик в результате психологической помощи разных типов.

Гипотезы исследования:

1. Клиенты, получавшие психологическую помощь различных видов, имеют изменения индивидуально психологических характеристик в отличие от людей, не получавших никакой помощи.
2. Изменение уровня депрессивности, уровня позитивных и уровня негативных аффектов различается в зависимости от направления получаемой психологической помощи.
3. Изменения в субъективной картине мира различны в зависимости от направления получаемой психологической помощи.

Выборка:

В исследовании приняли участие 177 женщин, из них:

Гештальт-консультирование – 40 человек;

Психодинамическое консультирование – 32 человек;

Краткосрочное консультирование – 37 человек;

Медикоментозная терапия – 38 человек.

Группа контроля – 30 человек.

В связи с малочисленностью группы мужчин, было принято решение отказаться от этой группы испытуемых.

Методы исследования:

1. Теоретический анализ;

2. Экспериментально - психологические методы:

- методика «Дифференциальной диагностики депрессивных состояний» В. Зунга (адаптация Т.И.Балашова);

- методика «Шкалы позитивного аффекта и негативного аффекта» (ШПАНА) на основе англоязычной методики PANAS.

- методика «Компоненты субъективного мира личности» Н.Л. Васильевой.

3. Методы статистической обработки.

(Многомерный дисперсионный анализ, Хи-квадрат Пирсона, метод сравнения средних Манна Уитни)

Научная новизна:

Полученные данные способствуют расширению области знаний относительно эффективности психотерапевтической помощи на российской выборке.

Практическая значимость:

Выработка методических рекомендаций для подготовки студентов консультантов.

Предоставление потенциальным клиентам информации об особенностях различных видов терапии.

ГЛАВА 1. Литературный обзор

1.1 История исследований психотерапии

Наблюдая за развитием психологической науки, можно с уверенностью сказать, что в последнее время, одной из важнейших проблем современной отечественной психологии является интеграция теоретической и практической ее частей. Наиболее всего, это относится к психологическому консультированию, психокоррекции, социальной психологии, а так же психотерапии различных видов.

В последние десятилетия невероятно активно развивается теоретическая психология, которая активно сотрудничает с психофизиологией и нейронауками, в то время как практическая психология по сегодняшний день, не может предоставить, доказательства эффективности, своей работы.

Решительную точку зрения по вопросу эффективности психотерапии, высказал Ганс Айзенк в работе 1952 года (в дальнейшем, он неоднократно ее повторял с учетом новых факторов) (Айзенк, 1994) - убедительных доказательств эффективности психотерапии, особенно психоаналитически ориентированной, не существует.

Г. Айзенк считал, что успех терапевта обусловлен двумя факторами:

- симптомы серьезных неврозов, ослабевают в симптоматике после двух или трех лет, соответственно улучшение самочувствия пациентов может быть вызвано как раз этим фактором, названным Айзенком, спонтанной ремиссией.
- пациент до психотерапии склонен чувствовать и описывать свое состояние как тяжелое, а заканчивая, не желая быть неблагодарным, пациент склонен считать, что его состояние улучшилось. Это носит название hello-good-bye эффекта (Shapiro D., Firth J., 1987)

Как для терапевтов, так и для исследователей психологов возник трудный вопрос о том, какой из подходов психотерапии показывает

наилучшие результаты, так как прямой количественной оценке эффективность психотерапии не поддается, а вопрос о самочувствии пациента подвержен эффекту социальной желательности. Поэтому для оценки эффективности используются сложные косвенные методы в совокупности с опросниками.

Вторым, не менее радикальным заключением Г. Айзенка, было подтвержденное им при помощи собственных исследований, отсутствие разницы между различными применяемыми психотерапевтическими методами. По мнению Ганса Айзенка, наиболее содержательные выводы можно сделать только при сравнении результатов тестирования экспериментальной группы, участники которой подвергались психотерапии и контрольной группой. Этот подход и сегодня используется для сравнения эффективности различных видов терапий и носит общее парадигмальное название RCT (randomized controlled trials). На сегодняшний день для получения более точных и надежных результатов в исследованиях часто присутствует не одна контрольная группа, а несколько, только это может устранить влияние сопутствующих факторов.

Результаты исследования Г. Айзенка произвели в психологическом сообществе эффект сродни эффекту взрывного устройства. Многие исследователи, делали попытки повторить исследования Г. Айзенка. Одними из первых, «подтверждающих» экспериментов (которые проводятся и до сих пор) была работа Агости и Осипек-Уиликсона (цит. по Франк Д. Дж, 2003). Агости и Осипек-Уиликсон сразу же после статьи Айзенка провели свое независимое исследование, они сравнивали результаты разных видов терапий: когнитивно-поведенческая терапия — когнитивная, межличностная психотерапия и фармакотерапия (использование имипрамина) у пациентов с хронической депрессией. Четвертая группа, выступала как группа контроля, пациенты этой группы, получали плацебо-лекарство. В исследовании приняли участие 65 амбулаторных больных. Результаты исследования,

подтвердили высказывания Г. Айзенка, так как они не показали разницы между всеми 4 группами.

Последовавшие исследования, которые проводились в 60-70-ые годы, высказали альтернативную точку зрения - утверждения Г. Айзенка как минимум спорны, положительное воздействие психотерапия все же оказывает, прохождение терапии приводит к лучшим результатам, чем отсутствие лечения или различные виды плацебо (Wampold et al., 1997).

Но и на сегодняшний день, дискуссия продолжается, «подтверждающие исследования» регулярно появляются в печати и вопрос об общей эффективности психотерапии, так и остается открытым.

1.1.1. Этапы развития исследований психотерапии

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, З. Фрейд продолжил эту традицию, в России в это же время описание отдельных случаев делались А. Н. Лазурским и В.М. Бехтеревым. Вплоть до 30-ых годов эта практика была повсеместной.

Спенс (Spence D., 1993), выделил основные черты отдельных случаев в психоаналитическом исследовании, не соответствующие положениям научной объективности, а именно описанный случай представляет собой не научное сообщение, а литературный труд, автор, описывающий клинический случай опирается на собственный опыт, не поддающийся верифицируемости. Данный случай не является репрезентативным, ввиду того, что выбранные примеры выделяются из общего контекста, а представленные интерпретации материалов достаточно субъективны. Однако, клинические описания являются прототипом современной методологии изучения отдельного случая, историю психотерапии и исследований сложно представить без их рассмотрения.

В целом же методологами науки клиническое описание относится к **донаучному** периоду развития исследования эффективности психотерапии.

Настоящее применение научного метода, которое мы можем считать **первой фазой** научного исследования психотерапии, началось после работ Г. Айзенка. Первым вопросом, стоявшим перед исследователями, был вопрос инструментария – произошел переход к более объективным показателям, нежели клинический отчет. Начали использоваться: тесты, опросники о выраженности симптоматики, оценки разных параметров на шкалах родственниками или независимыми судьями, наблюдения в реальных или игровых ситуациях и психофизиологические данные. Эти методы позволяют ориентироваться на показатели, верифицируемые другими исследователями и в случае необходимости – воспроизвести результат.

Соответственно, для правильно построенного исследовательского дизайна возникает необходимость контрольных групп. Контрольные группы нужны для того, чтобы отличать эффекты терапевтического влияния от эффектов внетерапевтического воздействия (позитивные и негативные события в жизни реципиента, которые происходят со временем). Заключение, которое дается на основании суждений пациента или психотерапевта, а также те заключения, которые делались без сопоставлений с контрольными группами, не могут считаться валидными.

Прямо повторяя исследования Г. Айзенка, делая акцент на открытом и описанном им факторе спонтанной ремиссии, исследователи первого поколения пришли к прямо противоположным выводам. В частности, исследования А. Бергина и М. Ламберта, показали, что величина спонтанной ремиссии, ключевого показателя в теоретических и полемических речах Г. Айзенка, у невротических пациентов равняется приблизительно 40%. 40 процентов это внушительная цифра, но она не может описать все доказанные случаи изменений, прошедших в процессе психотерапии.

В другом исследовании (Elliott R, 1991), 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 психотерапевтических сеансов, полученных пациентом, и степенью улучшения его состояния (см. рис.1).

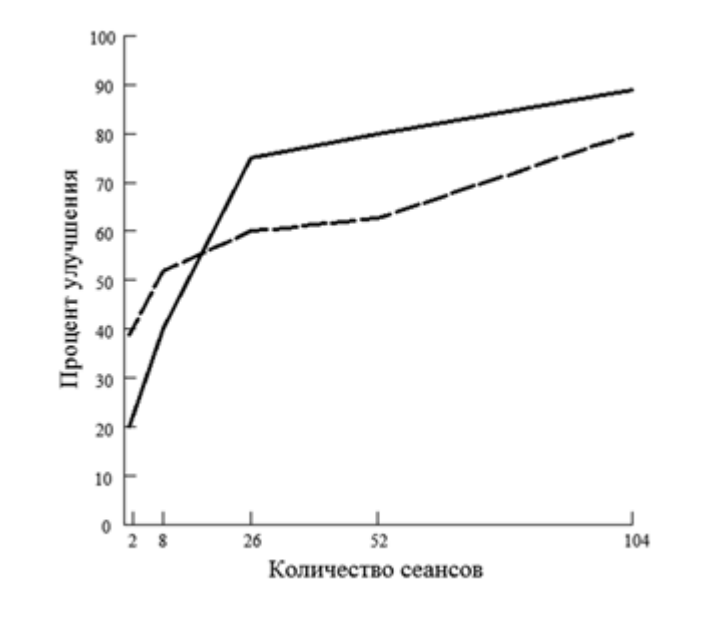


Рис. 1. Зависимость состояния от количества сессий (цит. по Wallerstein R. S. , 1989)

В исследованиях, которых применялось плацебо, было обнаружено, что самочувствие пациентов, получивших плацебо, улучшается в большей степени, чем у лиц из контрольной группы, не получавших никакой терапии, но те, кто прошел психотерапию, демонстрируют еще большее улучшение своего состояния.

В одном из наиболее цитируемых исследований первого этапа исследования психотерапии научными методами, Р. Нихолсон и Дж. Берман (R. Nicholson, T. Bergman, 1987), пришли к выводу, что уже на начальных этапах терапии, возникает заметное улучшение. Эти улучшения возрастают в дальнейшем и также сохраняются спустя длительное время, после окончания лечения.

В 70-80-ые годы в Америке, проводит свои исследования К. Роджерс (Rogers C. R., 2007). Эти исследования можно назвать переходным звеном

между исследованиями результатов и непосредственно процесса психотерапии. Он искал и опробовал различные методы, чтобы надежно зафиксировать позитивный результат психотерапии.

В частности, широко известная методика Q-сортировки, позволила К. Роджерсу показать позитивные изменения, происшедшие в представлении о себе у его пациентов. На настоящий момент Q-сортировка применяется для множества целей, как исследовательских, так и практических, но основана она была именно в границах этого научного «поля» - исследования эффективности психотерапии. Именно К. Роджерс, начал активно применять качественные методы в противовес чисто количественным, которые были применены и в нашем исследовании.

На второй фазе развития исследований эффективности психотерапии, основной проблемой является связь между процессом психотерапии и ее результатом. В то же время большое внимание уделяется сравнительным исследованиям изучающим результаты воздействия различных видов психотерапии.

На базе Меннингеровской клиники в американском городе Топека 1950-е годы было проведено одно из самых трудоемких и ресурсоемких исследований психотерапии. Завершающий отчет по этому проекту представлен в работе Р. Валлерстайна (R. Wallerstein, 1994). Чуть более подробно о результатах этого основополагающего исследования будет рассказано при разговоре о психоанализе. 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. К сожалению, несмотря на то, что в настоящее время сильно возросли требования к научной объективности, эффект сохранился – каждый исследователь эффективности

находит, что наилучших результатов достигает тот метод, который применяет он сам.

В целом второй этап исследования эффективности психотерапевтического вмешательства завершился к началу 1990-ых годов, заложив основы для более сложных по экспериментальному дизайну сравнительных работ. Его ключевыми достижениями можно считать доказанную эффективность психотерапии в целом и выстраивание общей методологии для проведения подобного рода исследований. Следующее поколение исследователей занималось уже более сложными процессами. В частности в фокус внимания **на третьем этапе** исследования психотерапии научными методами попали процессуальные факторы, материалом для многих исследований послужили уже проведенные исследования.

Один из участников Меннингеровского проекта, Л. Люборски (L.Luborsky) в 1968 г. провел собственное исследование, Пенсильванский проект. Прогностические показатели эффективности психотерапии оценивались на 73 пациентах проходящих психодинамическую терапию в течении нескольких лет. Состояние пациентов постоянно наблюдалось и измерялось в клинических условиях.

Результаты исследования подтвердили ожидания относительно прогностических факторов, которые определяли успешность психотерапии.

Лучшими, то есть наиболее ценными с точки зрения предсказания результата, являются следующие показатели:

- психологического здоровья (по шкале HSRS),
- эмоциональной свободы,
- сверхконтроля,
- сходства между пациентом и терапевтом.

Впервые был на статистически достоверных данных показан эффект, получивший название «долгого плато». Он заключается в том, что самочувствие пациентов довольно быстро улучшается за счет того, что с их

проблемой начинается работа, но следующие заметные изменения значительно отсрочены во времени.

Как свидетельствует таблица 1, резюмирующее интегральные показатели из работы Л. Люборски, состояние большинства пациентов, прошедших хотя бы несколько сеансов психотерапии, улучшается.

Таблица 1. Общие итоги Пенсильванского проекта

n = 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

Вторым важным результатом этого проекта явилось подтвержденное различие между оценками эксперта и самого терапевта.

Необъективность терапевта в оценке своей эффективности – феномен, который наблюдался с самого становления психотерапии, как социальной практики, но впервые исследования этого феномена были опубликованы в научном журнале. В современных исследованиях эффективности психотерапии мнение терапевта не принимается в качестве измеряемого показателя. Чтобы отследить изменения в субъективном мире пациента стали все чаще применяться качественные методы, (которые анализирует «третье лицо», не имеющее отношение к процессу психотерапии).

Отдельно стоит упомянуть чисто клинические исследования, которые проводились в классической медицинской парадигме, с наблюдением проявлений конкретной симптоматики. Эти исследования наиболее

показательны, эффект наличия симптомов легко проверить, существуют медицинские свидетельства, которые, в отличие от самоотчетов пациентов, очень сложно опровергнуть или представить в другом свете.

Например, исследовали эффективность психотерапии у больных с соматическими нарушениями. Случайным образом разделили 70 пациентов с такими заболеваниями на экспериментальную и контрольную группу (поднимается вопрос об этической стороне такого деления). Пациенты экспериментальной группы были приглашены для участия в восьми сеансов групповой психотерапии, в дополнение к консультациям врачей, 45% из них приняли участие в одной или нескольких сессиях. Пациенты экспериментальной группы сообщили о значительном улучшении физического и психического здоровья и сразу же после лечения и с интервалом в год. (Kazdin A., 1994)

Другие статьи показывают, что психологическая помощь могут оказывать благоприятное влияние на течение псориаза. (Zachariae et al, 1995)

Ван Дёльмен, Феннис и Блейберг так же рассмотрели эффективность поведенческой терапии у людей с синдромом раздраженного кишечника. После окончания терапии сравнили их текущее состояние с состоянием пациентов их контрольной группы, состоящей из людей, ожидающих лечения (так называемый «список ожидания»). Исследователи обнаружили, что положительные изменения сохраняются в течение долгого времени (2,5 года).

Кроме того, другие исследователи (Kellner R., 1975) сравнили эффективность аналитической терапии (N = 32) и системной терапии (n = 39) для пациентов с булимией. Эффекты терапии были оценены спустя 14, 26 и 38 месяцев. Предположения авторов об одинаковой эффективности двух подходов к лечению были подтверждены: оба вида терапии показали уменьшение симптомов булимии и привели к общему улучшению качества жизни пациентов. Авторам исследования, не удалось показать статистически значимую разницу между двумя методами. Сходства в эффективности

психотерапии значительно больше, чем различия, с чуть лучшими результатами в случае психодинамического подхода.

Селигман утверждает, ссылаясь на опросы клиентов психотерапевтом, проведенные в форме качественного интервью (Lambert M., Hill C., 1994) утверждает, что пациенты имеют значимую пользу от психотерапии, при этом долгосрочная терапия работает намного лучше, чем краткосрочная психотерапия. А так же говорит о том, что краткосрочная психотерапия, показана в комбинации с фармакотерапией.

Третий этап исследования эффективности психотерапии полностью не завершен и продолжается по настоящий день.

Появляются все новые методы и практики психологического воздействия, новые виды терапии, а так же, уточняется применение терапий к конкретной диагностике.

В целом все исследования в данном поле можно условно разделить на три типа:

- Подтверждающие, (относящиеся к общей эффективности использования конкретного вида психологической помощи);
- Сравнительные, (в котором несколько видов терапий сравниваются по эффективности воздействия в случаях схожей проблематики);
- Эксплоративные, (вносящие новые методики или методологические принципы в исследование).

Все три вида исследований необходимы для того, чтобы прояснить спорные моменты в этом сложном поле, но зачастую, как и в случае настоящей работы, исследование относится сразу к нескольким видам.

1.2 Эффективность различных подходов в психотерапии

Вопрос, заслуживающий подробного рассмотрения, заключается в том, 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.

Более подробно рассмотрим конкретные виды психотерапии, участвующие в настоящем исследовании, сделав отдельный акцент на том, каким именно образом они исследовались и какие результаты, были в этом исследовании обнаружены.

1.2.1 Психоаналитическая терапия

Немаловажно понимание того, что психоаналитическая терапия не представляет собой единую группу теорий и методов. За более чем 100 лет своего существования он распался на множество направлений и школ, малосовместимых между собой. Некоторые из них, допускают экспериментальную проверку эффективности, (например нейропсихоанализ, объединяющий многие положения теории Фрейда с современными данными нейробиологии (Westen & Gabbard 2002)). В то же время другие направления видят в формальном исследовании серьезное посягательство на сущность аналитической теории. Экспериментальных данных по ним нет вовсе или же они очень разрозненны (например, юнгианская психология).

В целом в последние два десятилетия в классической, фрейдовской школе психоанализа проводятся активные исследования эффективности психотерапии. Эта волна связана с ульмским направлением во главе с Томэ и Кэхеле, которые активно поддерживают изучение психоаналитического

процесса и его переменных. Они собрали целую научную библиотеку из дословных записей (транскриптов) психоаналитических случаев.

С другой стороны, исследование эффективности психоаналитической терапии связано с объединением североамериканских психоаналитиков во главе с Л. Люборским, М. Хоровицем, Л. Бенджамин. Они разрабатывали когнитивно-психодинамическую модель исследования и специальный методический инструментарий анализа текстов на основе более сциентистской исследовательской парадигмы.

Психоаналитическая традиция претерпевает серьезные изменения, сторонники этого подхода становятся, в большей степени заинтересованы в интеграции с остальным психологическим сообществом.

На момент написания данной работы, сайт Pub Med предлагает ссылки на более чем 100 исследований психоаналитической терапии (как краткосрочного, так и долгосрочного), и еще 200 упоминаний психодинамической терапии в целом. Из всего этого корпуса научных текстов 6 являются сравнительными мета-анализами с учетом рандомизированной контрольной группы (RCT).

Первым исследованием психоаналитической терапии, отошедшим от парадигмы «описание случая» стала работа Р. Найта (цит. по Прохазка, Накросс, 1994). Он выдвинул прогноз в отношении результата терапии, которую проходили пациент, находясь на обследовании не менее шести месяцев, в дальнейшем сравнив его с оценкой результатов.

Предварительные гипотезы аналитиков исследования предполагали, что пациент «очевидно вылечится»; его состояние «значительно улучшится», «не изменится» или «ухудшится» к моменту завершения анализа. В соответствии с клиническим диагнозом, пациенты были разделены. Р. Найтом были получены следующие результаты (таблица 2): приблизительно половина пациентов приближающихся к завершению психоанализа, значительно улучшили свое состояние или вылечились.

Таблица.2 Эффективность психоанализа (Найт, 1941) (взято из Соколова Е.Т., 2006)

Диагностическая категория	Число пациентов	Излечение или значительное улучшение, %	Без изменений или ухудшение, %
Неврозы	534	63	37
Сексуальные расстройства	47	49	51
Расстройство характера	111	57	43
Неврозы органов и органически обусловленные (колиты, язвы)	55	78	22
Психозы	151	25	75
Особые симптомы (мигрень, эпилепсия, алкоголизм, заикание)	54	30	70

Исследование Р. Найта включало только субъективные данные (суждения терапевтов о результатах лечения их собственных пациентов). Как уже упоминалось выше, субъективные данные, не могут служить основой для серьезных выводов. Польза этого исследования состояла скорее в том, что оно явилось отправной точкой для проведения более контролируемых экспериментов.

Классическое позитивистское исследование психоанализа, которое было проведено в клинике Меннингера, которое уже упоминалось в данной работе, показало, 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.

Нужно отметить, что у 40% пациентов клиники совсем не наступило улучшения в течение нескольких лет. Противники психоаналитической терапии замечали, что лучше было бы констатировать неуспех в течение 20 сессий, а не в нескольких сотнях или тысячах. Снова речь идет об эффекте «долгого плато» - есть пациенты, которым терапия помогает сразу, в то время как есть и другая группа пациентов, в случае которых мы говорим о том, что на них терапия оказывает воздействие позже или не оказывает вовсе. В

литературе, посвященной исследованию эффективности терапии, подобного рода пациенты получили отдельное название, «последняя треть».

В 1973 г. О. Кернберг представил обобщающий доклад по Меннингерскому проекту. Прямые сравнения краткосрочного и долгосрочного психоанализа, однако, сделать трудно, в связи с тем, что пациенты получали то или другое лечение не стихийно. То есть выборка была не рандомизирована. Возможно, что изначально люди, которые обращались за специфической формой психологической помощи, отличались по базовым показателям. Другим ограничением, для того чтобы делать выводы об эффективности двух видов терапий, было отсутствие для обеих групп сравнения с плацебо-эффектом на фоне лечения и без лечения.

Современные исследователи эффективности психоаналитической терапии осторожно делают свои выводы. В первую очередь они не рассматривают всех пациентов, предпочитая смотреть на некие общности, объединенных социально, анамнестически или диагностически. Вторым важным пунктом является исследование внутреннего мира пациентов, исследование человека, а не симптома.

Первое сравнительное исследование эффективности психотерапий с участием психоанализа было представлено в 1963 г. Р. Хайне, который сопоставил эффективность психоаналитической психотерапии с адлерианской и роджерсианской. В его исследовании приняло участие всего по 8 пациентов в каждой группе терапии, оценка шла со стороны 60 благоприятных и 60 неблагоприятных изменений. Хотя статистический анализ данных самоотчетов не проводился, Хайне пришел к выводу, что пациенты ощущали улучшение при всех видах терапии. По его заключению, изменения пациентов, прошедших одну из форм терапии, не более благоприятны, чем при других формах терапии.

В. Райс в 1967 году проверял гипотезу, согласно которой психоаналитическая психотерапия способствует росту профессиональной эффективности и продуктивности. Терапевты, наблюдавшие 414 пациентов,

работающих полную рабочую неделю, получили информацию от них относительно их еженедельного дохода до и после лечения.

Для сравнения результатов, информация о доходах была получена от 145 пациентов, ожидающих лечения, по образовательному и профессиональному уровню соотносимых с экспериментальными группами. Средний доход в экспериментальных группах составлял 80 долларов до лечения и 112 долларов - после лечения.

Итоговый результат - после лечения средний доход пациентов терапевтической группы стал на 22 доллара выше, чем средний доход в группах контроля. Статистика Департамента труда показала увеличение оплаты труда на 6 долларов в неделю пациентам, которые проходили профессиональное обучение. К сожалению, статистического анализа и сравнения с группами плацебо и другого лечения не проводилось (цит. по Соколова, 2006).

Сам по себе такой анализ не очень показателен (количество дохода, как показывают современные исследования удовлетворенности жизнью, связано с ощущением благополучия не напрямую). Но важным является сам момент попытки использовать объективный измеряемый показатель в исследованиях психоанализа здоровых людей.

Сравнительный анализ, который послужил опорой для множества редупликаций, был проведен группой исследователей во главе с Р. Слоан в 1975 году. Сравнивали эффективность краткосрочной психоаналитической психотерапии с краткосрочной поведенческой терапией. В каждую группу, были отобраны по 30 пациентов, группу контроля, которая ожидала лечение, составили 34 пациента. Пациенты находились на лечении в университетской амбулаторной клинике, у двух третей пациентов были диагностированные неврозы, у остальных - личностные расстройства.

Интересными находками исследования было то, что обе лечебные группы показали значительное улучшение по сравнению с группой, не проходившей психотерапевтического лечения, и ни одна форма лечения не показала себя,

как самая эффективная. По рейтингу симптомов 80% пациентов в каждой терапевтической группе достигли улучшения или вылечились (по сравнению с 49% пациентами в контрольной группе). По оценке общей саморегуляции, 93% пациентов в бихевиориальной группе, достигли улучшения в сравнении с 77% пациентов в психоаналитической психотерапевтической группе (среди ожидающих лечения - 47% пациентов).

В 1979 г. и затем в 1984 г. Дж. Прохаска опубликовал обзоры исследований по психоанализу, в этих обзорах был сделан вывод, что эффективность не была протестирована адекватно. С уверенностью можно утверждать, что психоаналитическая терапия показывает более высокие результаты, чем при отсутствии лечения вообще. Но нельзя сделать заключение, что психоаналитическая терапия также доказала свою эффективность по сравнению с плацебо-терапией.

В последнем исследовании В. Слоана главной независимой переменной являлась редукция симптомов. Бихевиориальная терапия, которая изначально направлена на редукцию симптома, безусловно, имела преимущество. Работы Слоана стали служить основанием для пересмотра, в том числе и методологического аппарата. В исследовании эффективности все чаще стали использовать не только количественные, но и качественные методы, проективные тесты и внешнюю оценку.

Одной из первых работ по дизайну мета-анализа в отношении психоанализа стала работа М. Смита, Дж. Гласса и Т. Миллера в 1980 году, а также М. Смитом и Дж. Глассом (1977). Они изучали эффективность психотерапии, были учтены результаты 475 исследований. К психодинамическим видам лечения были отнесены 29 исследований, а так же 28 исследований были проведены в отношении психодинамически эклектических видов.

При сравнении эффективности психодинамической терапии с другими видами психотерапии, она оценивалась как наиболее эффективная, но если мы смотрим непосредственно в поведении, то психодинамическая терапия

может быть признана наименее эффективной по сравнению с «золотым стандартом». На основании исследования М. Смита и Дж. Гласса Д. А. Шапиро и Д. Шапиро провели свое исследование (1982). Проводя исследование, Д. А. Шапиро и Д. Шапиро включили в него, как минимум две лечебные и одну контрольную группу. Из 143 проведенных исследований, большинство включало в бихевиориальные виды терапии. Исследователи Д. А. Шапиро и Д. Шапиро пришли к выводу, что их более строгое исследование отражает практически те же результаты, что и более ранний мета-анализ, проведенный М. Смитом и Дж. Глассом.

Интересная работа в отношении психоанализа была проведена Бертрамом Кэроном (Karon, B.P., Whitaker, L.C., 1996) на работах за более чем 30-летнюю практику. Он выявляет, что при лечении шизофрении психоаналитическая терапия очень эффективна, достигаются наилучшие из возможных результатов. Нужно отметить, что сам Бертран Кэрон является классическим психоаналитиком, соответственно даже со стороны других форм психоанализа, в том числе и со школы Генри Горовитца и школы Modern Psychoanalysis, он получил серьезную критику. Критика опиралась на мнения врачей клиницистов, а так же описания отдельных случаев, а не на данные исследований, поэтому относиться к ней следует с осторожностью.

Один из лучших и полных на 2005 год обзор состоит из 22 исследований, в нем учтен методический принцип RCT, исследование проведено с участием групп, страдающих булимией, анорексией, тревожным и посттравматическим стрессовым расстройством. Данный обзор относится к групповому психоанализу. На данный момент, он не имеет себе равных, если учесть то, насколько редко терапевты психоаналитического и психодинамических направлений, описывают именно классический позитивистский формат исследований, отказываясь от привычного для психоанализа и медицинской практики case studies.

Обзор Лейчценринга показал во всех исследованиях улучшение психического и физического самочувствия пациентов, большее по сравнению

с группой «листа ожидания». В некоторых случаях психоаналитическая терапия, как групповая, так и индивидуальная, доказательно не показана. Однозначно не следует применять подобного рода терапию в случае пациентов, совершивших преступления на сексуальной почве. Исследование более 500 пациентов показывает, что риск рецидива преступлений на сексуальной почве у лиц, проходивших психоаналитическую терапию статистически выше, чем в случае других видов терапий (в частности когнитивно-бихевиоральной) и выше, чем у лиц, ни получавших никакой психологической помощи. Нужно отметить, что авторы данного исследования во многом объясняют это не столько неэффективностью самого метода, сколько тем, что посещение подобной терапии было недобровольным – в Америке она назначается судебным предписанием.

1.2.2. Гештальт-терапия

Проблематично оценивать эффективность гештальт-терапии в рамках традиционных научных и эмпирических систем, в том числе и при оценке ее эффективности. Будучи ориентированной не столько на работу с болезненными симптомами, сколько на "личностный рост", неудивительно, что значительное число исследований, посвященных оценке эффективности гештальт-терапии, выполнено на группах здоровых людей.

Связано это во многом и с тем, что психоаналитическая терапия берет свое начало в медицинской традиции (до сих пор в Америке для поступления на обучение психоанализу, необходимо завершено медицинское или психологическое образование). Гештальт-терапия таких корней не имеет, она связана в большей степени с жизненной философией, а не с медициной, и направлена в большей степени не на устранение симптома, а на личностный рост клиента, при всей размытости и неопределенности этого конструкта.

Второй сложностью является несколько неопределенное понимание термина «гештальт-терапия». В частности, что современный вариант гештальт подхода, разработанный Э. Марером, носит название «Терапия

переживания» (Experiential Therapy) который также называют «экспириентальной терапией» ([Choi BH](#), [Pos AE](#), [Magnusson MS.](#), 2015) и многие гештальт-терапевты, упомянутые в данной работе, практикуют именно его или его отдельные приемы, называя его «гештальт-терапией». В частности, например, известная техника «говорить от имени чувств», очень популярная среди российских гештальт-терапевтов, в классической гештальт-терапии не применяется и относится к нежелательным техникам.

В то же время практика современного психоанализа сместилась в сторону интерсубъективности и внимания к процессам взаимодействия клиента и терапевта «здесь-и-сейчас», а интерпретация как технический инструмент играет значительно меньшую роль. Современная практика групповой психотерапии немыслима без принципов, впервые изложенных теоретиками и практиками гештальт-подхода (принцип работы «здесь-и-сейчас», концепция групповой динамики). Такое «размывание границ», дает возможность некоторым теоретикам и авторам обзоров сближать позиции гештальт-терапии и психоаналитической терапии, объединяя их в общий «психодинамический подход».

Самые ранние исследования эффективности гештальт-терапии проводились в Америке в годы ее становления самими пионерами гештальт-подхода и по сравнению с современными исследованиями, при всем уважении к проводившим их авторам, они носят беспомощный характер.

Авторы одной из системообразующих книг по гештальту Ф. Перлз и П. Гудмен, проводят следующие исследования:

М. Фулдсом при проверке гипотезы о возрастании самоактуализации после восьми групповых сессий по 4,5 часа по сравнению с контрольной группой, не участвовавшей в гештальт-терапии, отмечалось уменьшение компульсивности и догматизма, возрастание осознанности чувств и потребностей, самоприятие и способность к установлению значимых интерперсональных отношений.

М. Гудстейн анализируя группу студентов-психологов, которые прошли психотерапию в гештальт-подходе, заметил у них, снижение авторитаризма и рост креативности.

В. Гэннон, отмечая изменение у студентов колледжа прошедших терапию в гештальт-подходе, у которых имелись межличностные проблемы, пропуски занятий и правонарушения, после прохождения терапии, отметил, что у них, отмечался рост самораскрытия, и появилась большая готовность к контакту.

Л. Бетлер вместе со своим коллегами, рассматривали проблему эффективности "фокусированной экспрессивной терапии". В данных исследованиях гештальт-ориентированная терапия сопоставлялась с когнитивной и поддерживающей терапиями. Переменными являлись интенсификации осознания, а так же выражения нежелательных эмоций у депрессивных пациентов, которые проходили терапию один раз в неделю на протяжении 20 недель. Оказалось, что депрессивные пациенты с механизмами отреагирования и проекции лучше всего поддавались когнитивной терапии, поскольку их личностные predispositions контрастировали с методами интроспекции и осознания в двух других терапевтических практиках. Депрессивные пациенты, у которых диагностировались интрапунктивные методы контроля, наоборот, лучше реагировали на фокусированную экспрессивную терапию.

Сайт PubMed дает всего 38 отзывов по запросу «Гештальт-терапия» и более половины из них носят философский или мировоззренческий характер.

Является фактом и то, что практики гештальт-терапии, строго придерживаясь феноменологического подхода, все дальше дистанцируются от нозоцентрических позиций медицинской психотерапии, приближаясь скорее к философской практике.

В мета-анализе, выполненном Бретцом и Хикерсом (Bretz H.J., Heekerens H. P., Schmitz B., 1994), приведены данные уже 38 исследований, показавших высокую эффективность гештальт-терапии.

В настоящее время в связи с усовершенствованием методологии, что раскрывалось ранее, принимаются в расчет только те исследования, которые проводились методом рандомизированного контролируемого исследования (RCT).

Последняя по времени большая мета-аналитическая работа, посвященная чистому «гештальт-подходу», находится на сайте Европейского Гештальт-Сообщества и издана Кимом Хендером в 2001 году. Называется это исследование очень броско «Является ли Гештальт терапия эффективнее других терапевтических подходов?»

В этой работе был проанализирован 41 источник, из которых количественными, без повторов, с соблюдением всей методологии, с приведенными данными осталось только 8, всего более 400 испытуемых в контрольных группах.

При этом только два исследования полностью отвечали критериям RCT, одно было псевдо-рандомизированным (пациенты сами выбирали вид терапии), 4 носили сравнительный характер, а одно было построено по внутригрупповому плану. Результаты во многом совпадают с теми, что присутствуют в других исследованиях.

Сравнение бихевиоральной терапии и гештальт – терапии не выявило разницы между группами в случае уменьшения гнева и негативных эмоций. Оба подхода оказались одинаково эффективны, при этом оба подхода показали значительную разницу по сравнению с контрольной группой.

В лечении депрессии гештальт-терапия оказалась столь же эффективна как когнитивная терапия. Но и не более успешна, чем «терапия, ориентированная на выражение» (focused expressive psychotherapy).

В своей работе « Оценка эффективности гештальт-подхода в клинической практике» президент Восточно-Европейского гештальт-института Л. Л. Третьяк подтверждает мнение об эффективности гештальт-терапии и сетует на то, что количество исследований посвященных оценке

эффективности гештальт-терапии, относительно немногочисленно, хотя ситуация, в том числе и в России, меняется.

В России гештальт-подход активно исследовался на клинических пациентах, у пациентов отделения неврозов и психотерапии НИИ им. В. М. Бехтерева в исследовании А. А. Александрова(1992). В данном исследовании показана высокая эффективность применения техник гештальт-терапии в лечении больных неврозами с высоким уровнем личностного контроля (высокой интернальностью). Эти исследования стали основанием для рекомендации применения гештальт-терапии у лиц с высоким личностным контролем, тревожно-мнительными чертами, что совпадало с традиционными показаниями применения гештальт-терапии.

Вторым важным исследованием, проведенном в клинике, является работа по исследованию проблемы аффективных расстройств в 2002-2007 году (под генеральным научным руководством профессора Курпатова В.И.), в ней производилась оценка эффективности адаптированного варианта гештальт-подхода в системе интегративной патогенетической психотерапии для лечения психогенных депрессий невротического уровня. В исследовании принял участие 101 пациент ГПБ № 7 им. акад. И. П. Павлова.

Анализ динамики клинических показателей подтвердил достоверно более выраженное снижение параметров депрессии (согласно данным клинической шкалы Гамильтона и опросника Бека) у пациентов основной группы по сравнению с контрольной. Катамнестическое исследование спустя 12 месяцев подтвердило устойчивость достигнутых результатов.

В процессе прохождения данного варианта гештальт-терапии у пациентов основной группы возрастает мотивация достижения, уровень субъективного контроля межличностных отношений, что отражает рост их способности к конструктивному разрешению актуальных межличностных конфликтов.

Существуют доказательства эффективности применения гештальт-терапии при лечении зависимостей (контрольный параметр – частота

рецидивов по употреблению ПАВ) по сравнению с контрольной группой, не получавшей психотерапевтической помощи. В этой статье акцент сделан на качественную методологию, внешней оценке подвергались когнитивные конструкты испытуемых, поэтому статистических данных в статье не приводится.

Также важной работой последнего времени, проведенной в рамках гештальт-подхода в России нужно упомянуть работу Л.Р. Фарутдиновой, исследовавшего динамику психологического кризиса во время прохождения испытуемым гештальт-ориентированного консультирования. Это исследование было выполнено без контрольной группы, но сравнение «до» и «после» результатов выявило существенное, статистически значимое облегчение эмоциональных переживаний клиентов. Эта работа заслужила наше внимание тем, что была опубликована в высокоцитируемом медицинском журнале и попала в базу Scopus, что для российской практики является скорее исключением, чем правилом. Плюс к этому это одно из немногих исследований эффективности, где был сделан переход к качественным данным.

Резюмируя имеющиеся данные, можно сделать заключение, что гештальт-терапия показана не всем пациентам. Большую роль в процессе лечения играют не столько техники самой терапии, но и личностные черты пациентов. Так же как и в случае с психоаналитической терапией, гештальт-терапия показана тем, кто разделяет мировоззренческую позицию терапевта, имеет внутренний локус контроля и высокую мобильность психики.

1.2.3 Краткосрочная стратегическая терапия

Данных по краткосрочной стратегической терапии сравнительно мало. Причиной тому является по большей части относительная «молодость» этого подхода, а также география его появления. Италия, в которой он имеет наибольшее развитие, не является с точки зрения психологии крупным

научным центром, плюс к тому многие итальянские ученые публикуют свои работы на итальянском языке, в силу чего во многие обзоры они не попадают.

Есть крупное исследование эффективности краткосрочной терапии или BST (Brief Strategic Therapy) по отношению к обсессивно-компульсивным пациентам, проведенное К. Портелли. Но настораживает то, что и проведено исследование в Ареццо и издано за счет фонда развития Краткосрочной Стратегической Терапии в собственном журнале фонда, таким образом, о самокритике автора говорить не приходится. Это исследование говорит о высокой клинической эффективности BST по сравнению с контрольной группой «листа ожидания».

Два других исследования, попавших в базу данных PubMed, отвечающих всем стандартам RCT носят сравнительный характер и посвящены очень точечной проблематике.

В первом исследовании сравнивалась классическая когнитивная терапия и BST в случае телефонного консультирования для лиц, теряющих вес. Это исследование, проведенное на большой выборке в течение долгого времени с катамнестическим анализом показало, что BST несколько более эффективна, чем классическая когнитивно-бихевиоральная терапия (отмечается меньшая частота рецидивов, общее уменьшение веса).

В другом исследовании в соответствии со стандартом RCT исследовалось уменьшение уровня стресса для пациентов, переживших первый инфаркт. В этом исследовании также была показана эффективность BST по сравнению с контрольной группой, добровольно отказавшейся от терапии.

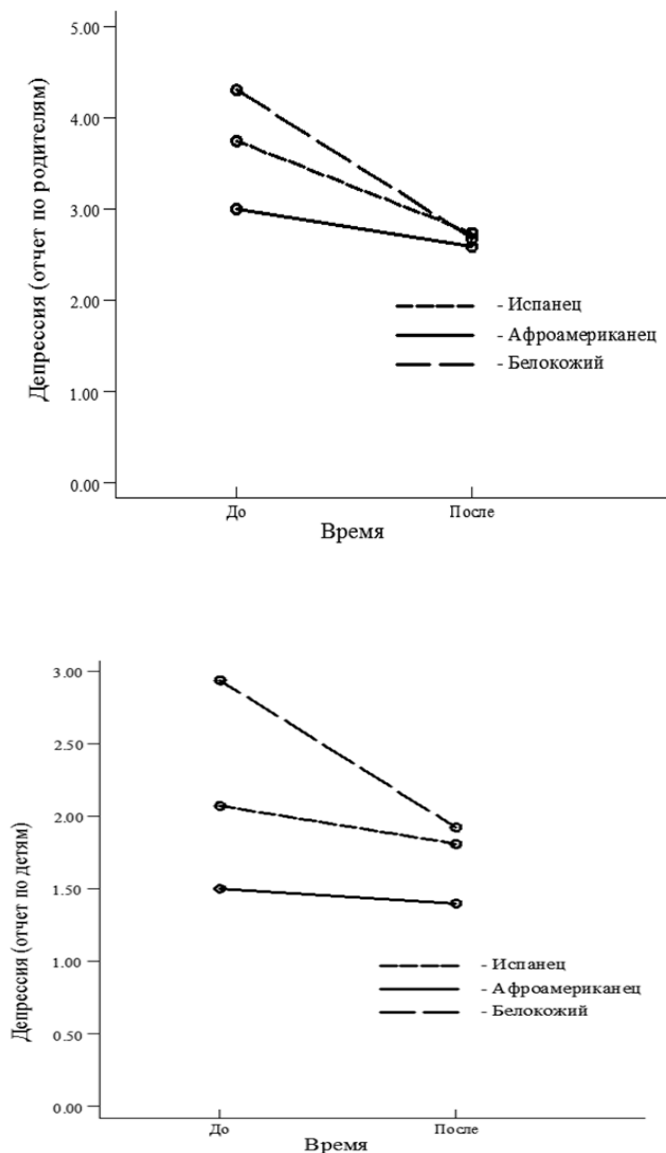


Рис. 2 Сравнение уровня депрессии у детей, принимавших ПАВ и их родителей

Мета-анализ, посвященный BST всего один, не подходящих под формат RCT можно отметить сравнительное исследование эффективности различного вида терапии в предупреждении юношеских правонарушений и употребления наркотиков ([Horigian VE](#), [Weems CF](#), 2013). Он центрирован вокруг семейной терапии, но позволяет сказать, что BST как минимум не менее эффективна, чем мультимодальная семейная терапия.

Все эти примеры говорят об эффективности краткосрочной стратегической терапии. С другой стороны, количество исследований явно

недостаточно и подчеркивается, что на успех такой терапии влияет множество факторов, включая возраст, пол и расовая принадлежность участников (см. рис. 2).

1.3 Мета-анализ психотерапевтического воздействия

В 1994 г. была опубликована книга Граве и др. (Grawe K. et al.) "Психотерапия в процессе перемен: от конфессии к профессии", в которой проанализированы результаты исследований эффективности психотерапии, приведенные в литературе. В данной статье использованы материалы анализа этого фундаментального труда Лаутербахом (Lauterbach W., 1994).

К моменту выхода в печати этой основополагающей работы, статистические методики сравнения результатов разнообразных исследований эффектов и видов психотерапии были плохо разработаны. В частности Люборски, Зингер (Luborsky L, Singer B., 1975) сравнивали результативность разных видов психотерапии простым числом преимуществ. (Статистически достоверных различий в эффективности исследуемых психотерапевтических подходов таким способом авторы не нашли).

Граве и его сотрудники собрали все опубликованные до начала 1994 г. исследования с приемлемым научным уровнем (т. е. проводилась психотерапия и статистическое сравнение групп пациентов); таких исследований оказалось 3500. Далее они отобрали те из работ, которые исследовали индивидуальную или групповую психотерапию, где было не меньше четырех взрослых больных и в которых эти группы сравнивались с контрольными группами, таким образом круг работ сузился до 897 источников, удовлетворяющих всем критериям мета-анализа.

Всего исследовалось более 30 различных направлений терапии, из них некоторые – не совсем приемлемым в науке способом (такие статьи были из исследования исключены). Граве и его сотрудники создали самую фундаментальную из имеющихся на настоящий момент работ в области исследования эффективности психотерапии. Книга К. Граве до настоящего

времени активно цитируется. Помимо этого "Психотерапия в процессе перемен: от конфессии к профессии" стала «золотым стандартом» для исследователей, определив канон, согласно которому строятся другие мета-анализы.

Полученные К. Граве результаты несколько раз воспроизводились другими исследователями, также проводившим мета-аналитические исследования (хотя и не такие объемные), приводящим к тем же выводам.

Долговременная психоаналитическая терапия является камнем преткновения, в том числе и в работе М. Граве. Ключевые изменения, необходимые в работе психоаналитика для обнаружения психоаналитических причин симптомов, перестройки его личности и позитивного сдвига в симптоматике, достигаются в течение многих лет, из-за чего исследований психоаналитической терапии не очень много. В целом К. Граве резюмирует результаты исследований следующим образом: положительных показаний для долговременного психоанализа нет, а отрицательные - есть: у пациентов с более выраженной симптоматикой возникает опасность ятрогенных эффектов. Во многом К. Граве опирается на результаты Меннингеровского и Пенсильванского проектов, о которых уже упоминалось в этой работе.

Всего в анализе К. Граве участвовало 41 работа по психодинамически ориентированной терапии, в частности по психоаналитической психотерапии - 12 работ; по краткосрочной психоаналитической терапии - 29 работ.

В процессе краткосрочной психоаналитической терапии уменьшается симптоматика у пациентов со слабовыраженными невротическими и личностными расстройствами. Отношения с другими людьми улучшались, в случае групповой, а не индивидуальной психотерапии. Общее самочувствие улучшилось лишь после окончания длительной психотерапии. Плохо поддаются лечению психоаналитически ориентированными методами пациенты со страхами, фобиями и с психосоматическими расстройствами. Психоаналитическая психотерапия более всего пригодна для так называемых YAVIS-пациентов (young, attractive,

verbal, intelligent, successful) - молодых, привлекательных, разговорчивых, интеллигентных, успешных, - симптомы которых мало выражены.

Гештальт-терапия изучалась к моменту выхода основополагающей работы К. Граве только в 7 исследованиях, из которых следует, что она эффективно действует на довольно широкий круг показателей.

Эффективность когнитивной психотерапии по Беку изучалась с 1977 г. в 16 исследованиях на высоком научном уровне и с большим успехом. Во всех группах все измеренные параметры (симптоматика, личность, общее самочувствие) значительно улучшились и в сравнении с контрольными группами (при этом эффект сохранялся в течение долгого времени). В 2 из 3 исследований в которых сопоставлялось когнитивная психотерапия с психоаналитической терапией, доказала значительное превосходство первая.

Для когнитивной терапии существует и свой опорный эксперимент, который был проведен уже после того, как К. Граве опубликовал свой труд. Речь идет о так называемом Шеффилдском проекте. Когнитивно-бихевиоральная терапия сопоставлялась с терапией, ориентированной на отношения (обозначенной как “эксплоративная”). В качестве реципиентов выступили люди, страдавшие от невротической депрессии или тревоги. В исследовании использовался “перекрестный” экспериментальный дизайн, из него следует, что каждая пара “терапевт-пациент” работала по 8 недель (одна сессия в неделю) в одном психотерапевтическом формате, затем ровно столько же времени - в другом психотерапевтическом формате. Подобный дизайн позволяет контролировать переменные, связанные с личностью пациента и терапевта с более высокой степенью надежности. Благодаря этому, появляется возможность оценивать эффект терапевтического воздействия. Результаты показали небольшое преимущество “когнитивно-бихевиоральной” психотерапии по опросникам, оценивающим выраженность симптомов, и по стандартизованному психиатрическому интервью, однако из 30 случаев лишь в семи различия в эффективности оказались статистически значимыми.

Работа К. Граве имела и свои недостатки. Мета-анализ терапии был сконцентрирован почти исключительно на индивидуальном лечении. Групповая работа, такая, как, например, группы поддержки Роджерса или поведенческие тренинги изучались точно так же, как и индивидуальные. Важнейший фактор групповой динамики практически не изучался. Допустимо ли такое сравнение - многие современные исследователи очень осторожны в оценке (Кейсельман (Дорожкин) В.Р., 2003).

Вторым минусом данной работы, которая, к сожалению, не позволяет считать ее окончательной, является игнорирование самого важного из подходов – эклектического или интегративного. Для России, как и многих стран западного мира, следование какой-то одной традиции или школе - скорее анахронизм, существующие терапевтические школы постоянно пополняют свой «арсенал» техниками и приемами, позаимствованными друг у друга.

Таким образом, исследование Граве и коллег, несмотря на его безусловную значимость и для теории и для практики, оставляет целый ряд вопросов открытыми, что дает большой простор для исследователя.

1.4 Общие выводы по первой главе

Литературный обзор представляет нам незначительные различия в эффективности психотерапевтических подходов, различающихся по своим теоретическим и методическим основаниям.

Можно рассматривать три альтернативных гипотезы для объяснения данного факта:

- 1) Различные виды психотерапии посредством разных процессов достигают идентичных целей.
- 2) Наблюдаются различные результаты терапии, однако они, не распознаются применяемыми исследовательскими стратегиями.

3) У всех видов терапии обнаружены определенные общие компоненты, которые оказывают лечебное воздействие (Соколова Е.Т.2011).

Карвасарский Б. Д. подчеркивает, что эффект оказывает само взаимодействие и важную роль играют личностные характеристики терапевта (Карвасарский Б.Д.,2001).

В настоящее время ни одну из этих трех гипотез невозможно полностью ни доказать, ни опровергнуть, поэтому каждое исследование эффективности психотерапии так важно.

К первой гипотезе примыкает подход, при котором различные виды терапии показаны при определенных расстройствах (Chambless & Hollon, 1998), являясь менее действенными при других.

В целом мы можем констатировать, что согласованности результатов по данным исследования терапии - нет. Во многом показатели успешности зависят от того, как мы смотрим на процесс – с точки зрения процесса или результата, каков пациент, какова тяжесть его симптомов. Немаловажную роль играет и то, каких взглядов придерживается сам исследователь.

Выбор метода и ключевого показателя, который измеряется в исследовании, во многом обуславливает и то, какая терапия окажется наиболее эффективной. Если мы исследуем поведенческие характеристики, или редукцию конкретного медицинского симптома – предпочтительны поведенческая и когнитивные терапии, если мы обращаемся к самоотчетам пациентов – большие изменения происходят в случае вербальных терапий.

В связи с вышесказанным, индивидуально-психологические изменения в связи с разными видами психологической помощи, отличаются. в данной работе и будут исследоваться изменения индивидуально-психологических характеристик у клиентов получивших психодинамическую терапию, гештальт-терапию и краткосрочную.

ГЛАВА 2. Методы и организация исследования

2.1 Цели и задачи исследования

Объект исследования:

Психологическое консультирование

Предмет исследования:

Изменение индивидуально-психологических характеристик взрослых, в связи с использованием разных направлений психологического консультирования: гештальт-консультирование, психодинамическое консультирование, краткосрочное консультирование.

Целью данной работы является выявление особенностей изменений индивидуально-психологических характеристик у клиентов получивших психологическую помощь разных видов.

Задачи исследования:

1. Сравнить изменения уровня депрессивности в результате разных направлений психологической помощи;
2. Сравнить изменения уровня негативного аффекта в результате разных направлений психологической помощи;
3. Сравнить изменения уровня позитивного аффекта в результате разных направлений психологической помощи;
4. Сравнить динамику субъективной картины мира у клиентов, получивших психологическую помощь в разных направлениях.

Гипотезы:

1. Клиенты, получавшие психологическую помощь различных видов, имеют изменения индивидуально психологических характеристик в отличие от людей, не получавших никакой помощи.
2. Изменение уровня депрессивности, уровня позитивных и уровня негативных аффектов различается в зависимости от направления получаемой психологической помощи.
3. Изменения в субъективной картине мира различны в зависимости от направления получаемой психологической помощи.

2.2 Описание выборки исследования

Описание групп пациентов в зависимости от выбранного вида получения психологической помощи:

- проходящие психоаналитическую терапию - 32 человека;
- проходящих гештальт-терапию в рамках обучающей группы - 40 человек;
- проходящих краткосрочное консультирование - 37 человек;
- контрольная группа, не получающая терапевтического воздействия, но получающая медикаментозную помощь при невротическом повреждении легкой тяжести - 38 человек;
- контрольная группа 2 (не получающая ни медикаментозной ни психологической помощи), но пребывающая в предневротичном или невротичном состоянии - 30 человек;

Таким образом, в исследовании приняли добровольное участие 177 женщин.

Группа гештальт-терапии была создана на основе данных двух групп «личного опыта, которые вели два разных терапевта, имеющих соответствующую сертификацию в ВЕГИ.

Под краткосрочной терапией подразумевалась консультирование, нацеленное на решение проблем. Эта выборка набиралась двумя путями. Через центр Университета СПбГУ и через психологическое сообщество Форсайт.

Группа психоанализа набиралась среди клиентов, проходящих психоаналитическую терапию у 8 терапевтов, выпускников ВЕИП (Восточно-Европейского Института Психоанализа).

Группа контроля. Испытуемые отбирались исходя из принципа доступности. Ни один из участников этой группы не обращался за помощью профессионала в течение всего периода проведения исследования.

Группа фармакотерапии была набрана среди людей, имеющих легкую депрессивную симптоматику, настолько, чтобы им могли быть предписаны медицинские препараты.

Выбор метода терапии был на ответственности самого респондента, по этой причине с методологической точки зрения проведенное исследование может быть отнесено к виду квазиэкспериментальных.

2.3 Методы исследования

2.3.1 «Шкалы позитивного аффекта и негативного аффекта» (ШПАНА) (адаптация методики PANAS Е.Н. Осиным).

Методика представляет собой опросник, направленный на диагностику широкого спектра позитивных и негативных эмоциональных состояний. Образец опросника можем видеть в Приложении Б.

Ее выбор был обусловлен тем, что ее американский аналог является одним из самых частых инструментов для измерения эмоционального фона. Автор русского варианта разработки Е.Н.Осин говорит о том, что по данным базы Scopus, с 1996 по 2012 г. опубликовано более 7000 исследований, использующих эту методику.

Инструкция к методике предлагает описать список из 20 прилагательных, как относящиеся к себе в большей или меньшей степени. Подобный метод самоописания позволяет нивелировать эффект социальной желательности и сделать ответы респондента более адекватными его самооценке и мироощущению.

Итоговым результатом шкалы, и в этом автор видит один из основных плюсов методики, являются 2 количественных показателя – позитивного эмоционального ощущения и, напротив, негативного аффекта. Вышесказанное делает предложенный метод незаменимым инструментом для исследования влияния психотерапии на эмоциональный мир человека.

Надежность и валидность:

В силу того, что методики PANAS и ШПАНА опираются на метод прямого самоотчета и имеются убедительные данные о валидности PANAS, можно говорить о очевидной валидности (face validity) ее русскоязычного эквивалента.

С этой целью было проведено исследование, подтверждающее надежность и валидность использования этого инструмента в психологической практике.

Полученные данные, свидетельствующие об эквивалентности единицы измерения, позволяют проводить сопоставление баллов по шкале с другими показателями в рамках каждой культуры и сравнивать результаты. Показатели внутренней согласованности полученных шкал (альфа Кронбаха) совпали в англоязычной и русскоязычной выборках с точностью до сотых, составив 0.89 для шкалы ПА (позитивного аффекта) и 0.86 для шкалы НА (негативного аффекта), что является следствием структурной эквивалентности.

В целом проведенное для адаптации методики PANAS исследование, говорит о валидности и надежности полученного нами инструмента: Осин Е.Н., Измерение позитивных и негативных эмоций: разработка русскоязычного аналога методики PANAS. Психология. Журнал Высшей школы экономики, 2012. Т. 9, №4. (с. 91-110).

2.3.2 Методика «Компоненты субъективного мира личности»

Исследование столь тонкого предмета, как влияние на человеческую личность, невозможно изучать только прямыми опросными методами. По этой причине в наше исследование был введен инструмент, наиболее близкий к качественной методологии и проективным методикам.

Речь идет об авторской методике Васильевой Н.Л., анализирующей компоненты субъективной действительности личности, с образцом опросника можно ознакомиться в приложении В.

Инструкция к методике представляет следующее:

В методике респонденту предлагалось письменно ответить на 7 вопросов в свободной форме:

1. Какие самые ранние детские воспоминания приходят Вам на ум?
2. Расскажите, пожалуйста, о Вашем самом приятном детском опыте.
3. Расскажите, пожалуйста, о Вашем самом неприятном детском опыте.
4. Расскажите то, что Вам вспоминается из раннего детства.

5. Что для Вас было наиболее важным в младших классах школы?
6. Какое воспоминание о Вашей юности первое приходит в голову?
7. Как Вы считаете, что наиболее важное Вы вынесли из своего детского опыта?

С помощью контент-анализа ответы респондентов были переведены в количественные значения в соответствии с выделенными категориями.

1. Репрезентации родительской подсистемы семьи;
2. Репрезентации межличностных отношений (отношения в семье, отношения вне семьи);
3. Репрезентации телесного «Я»;
4. Репрезентации деятельности;
5. Репрезентации символической деятельности (фантазирования, размышления о жизни);
6. Репрезентации процесса социализации;
7. Репрезентации пространственно-временных аспектов мира.

Таким образом, данная методика (в случае повторного тестирования) позволяет отследить динамику изменений, происходящих в символическом пространстве субъекта, в пространстве его представлений и самоощущения. Использование этой методики позволяет в целом отнести наше исследование к количественно-качественной методологии и включить качественные компоненты в итоговый анализ.

2.3.3 Шкала депрессии Т. Зунга (АДАПТАЦИЯ Т.И.БАЛАШОВОЙ)

Шкала Зунга для самооценки депрессии (англ. Zung Self-Rating Depression Scale) — тест для самооценки депрессии, разработанный в Университете Дюка психиатром доктором Уильямом Зунгом. Этот инструмент самооценки психического состояния подтвердил свою эффективность для

предварительной диагностики и скрининга депрессивного расстройства, с образцом опросника можно ознакомиться в приложении Г.

Шкала Зунга для самооценки депрессии переведена на многие языки, адаптирована и валидизирована в различных этнических и культурных средах. В России тест адаптирован Т. И. Балашовой в отделении наркологии НИИ им. Бехтерева.

При помощи шкалы Зунга испытуемый или врач могут произвести самостоятельное обследование или скрининг депрессии. Тест «Шкала Зунга» обладает высокой чувствительностью и специфичностью и позволяет избежать дополнительных экономических и временных затрат, связанных с медицинским обследованием этических проблем.

В этой методике респонденту выдается 20 высказываний. Инструкция гласит: «Прочитайте каждое из приведенных ниже предложений и обведите соответствующую цифру справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в последнее время».

A (1) – никогда или изредка

B (2) – иногда

C (3) – часто

D (4) – почти всегда или постоянно

Эта методика является медико-клиническим тестом, все вопросы в ней имеют поведенческие характеристики.

Уровень депрессии (УД) рассчитывается по формуле:

$$\text{УД} = \Sigma_{\text{пр.}} + \Sigma_{\text{обр.}}; \text{ где} \quad (1)$$

- **$\Sigma_{\text{пр.}}$** – сумма зачеркнутых цифр к "прямым" высказываниям № 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19;

- **Σобр.** – сумма цифр, "обратных" зачеркнутым, к высказываниям № 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20.

Выбор этой методики был оправдан в первую очередь тем, что мы пытались сузить круг людей, участвовавших в нашем исследовании до той или иной степени депрессивных расстройств. Также нельзя не отметить, что хорошая валидизация инструмента и переложение его на российские реалии сделали его часто используемым для клинических исследований, в том числе и в случае психологических диссертаций многочисленных диссертациях (например, при защите докторской работы Цветковой Л.А.)

Надежность и валидность:

Исследование по валидизации методики было проведено при участии пациентов с депрессией. Исследование проводилось в амбулаторных условиях, а так же в стационаре, принимали участие пациенты которые страдали психическими или органическими заболеваниями.

Клинические данные, а так же результаты факторного анализа подтвердили внешнюю валидность. Установлена сравнительная валидность с такими шкалами: Шкалой Гамильтона, Бека, анкетой Любина для оценки депрессивного статуса и ММРІ.

На основе диагностических критериев депрессии и полученных результатов анализа клинических опросов пациентов с диагностированием депрессии был разработан данный инструмент, для уточнения формулировок вопросов в пунктах шкалы. Созданию данной шкалы способствовали исследования, которые посвящались симптомам расстройств настроения.

Чувствительность шкалы была подтверждена сравнением результатов тестирования пациентов с депрессивным и недепрессивным состоянием, проведенным до и после терапии. При участии групп пациентов, которые различались по полу, возрасту, расовой принадлежности, уровню образования, социальному статусу и материальному положению (Hedlund JL,

Vieweg BW. The Zung self-rating depression scale: a comprehensive review. J Oper Psychiatry. 1979; 10 (1): 51-64).

Анализируя результаты, производится оценка по семи факторам, содержащих группы симптомов, которые отражают чувство душевной опустошенности, неустойчивость настроения, общие соматические и специфические соматические симптомы, симптомы психомоторных нарушений, суицидальные мысли, а так же наличие раздражительности и нерешительность.

Блиц-интервью

В начале, респонденту предлагалось ответить на ряд вопросов о его возрасте, семейном статусе, наличии детей, полученном образовании и виде деятельности. На основании количественной оценки были сформированы факторы, которые выступили как ковариаты, в дальнейшем в математической обработке их значение было учтено.

2.4 Математико-статистические методы обработки данных

Для анализа полученных данных применялись качественный и количественный методы обработки. Качественный метод обработки применялся для анализа данных, полученных с помощью опросника выявления субъективной картины мира. С помощью контент-анализа ответы респондентов были переведены в количественные значения в соответствии с выделенными категориями.

К математическим методам, примененным для целей данного исследования нужно отнести:

Многомерный дисперсионный анализ с повторными измерениями (MANOVA Repeated measures)

Выбранный метод позволяет оценить выраженность показателей, выраженных в количественной шкале для разных групп в ее динамике. Так

как рассматриваемые нами показатели измерены два раза у одних и тех же людей (до и после оказания им психологической помощи).

Критерий хи-квадрат Пирсона и использование таблиц кросс-табуляций

Выбранный метод позволяет оценить частоту встречаемости показателей, выраженных в качественной шкале для разных групп и под воздействием фактора второй проверки (после прохождения терапии).

Моделирование системами линейных уравнений (Path-Way Analysis (пакет AMOS для SPSS 20.0))

Данный математический инструмент позволяет анализировать разные математические модели на предмет сходимости, что делает его незаменимым инструментом для эксплораторной фазы исследования, когда задачей исследователя является выяснить иерархию изучаемых признаков и степень их связи друг с другом.

Так как признаки, изучаемые нами имеют разнородный характер (депрессия является поведенческим качеством, аффект - относится к эмоциональным свойствам личности, компоненты субъективного мира имеют символическую природу) они могут и со временем (а предлагаемое вниманию исследование носит лонгитюдный характер) и под воздействием внешнего фактора, вступать с друг другом в разные отношения, в том числе связи и взаимозависимости.

2.5 Процедура исследования

Исследование проводилось с мая по декабрь 2015 года. Для проведения исследования были разработаны специальные бланки, в которых участникам исследования предлагалось ответить на некоторые вопросы (блиц-интервью), затем опросник, «Шкалы позитивного аффекта и негативного аффекта»; затем опросник «Компоненты субъективного мира личности» на выявление субъективной картины мира личности; затем, Шкала депрессии У. Зунга.

Исследование шло в индивидуальном порядке, каждый респондент заполнял два раза предложенную батарею методик в письменном виде, один раз в начале терапевтического процесса и второй раз по ее окончании.

Автор исследования проводил исследование лично и дистанционно. Данные, полученные разными методами, сравнивались друг с другом для того чтобы выявить контаминирующие элементы, которые могли повлиять на ответы респондента.

ГЛАВА 3. Результаты исследования и их обсуждение

3.1 Характеристика выборки и описательные статистики

Изначально в нашей группе было набрано 194 респондента, из них 177 женщин (средний возраст 27,2 года) и 17 мужчин (средний возраст 23,5 лет).

Различия между размерами выборок слишком велики, вследствие этого, чтобы получить более валидные данные, мы приняли решение отказаться от участия мужчин в исследовании.

Таким образом, в исследовании приняли участие 177 женщин.

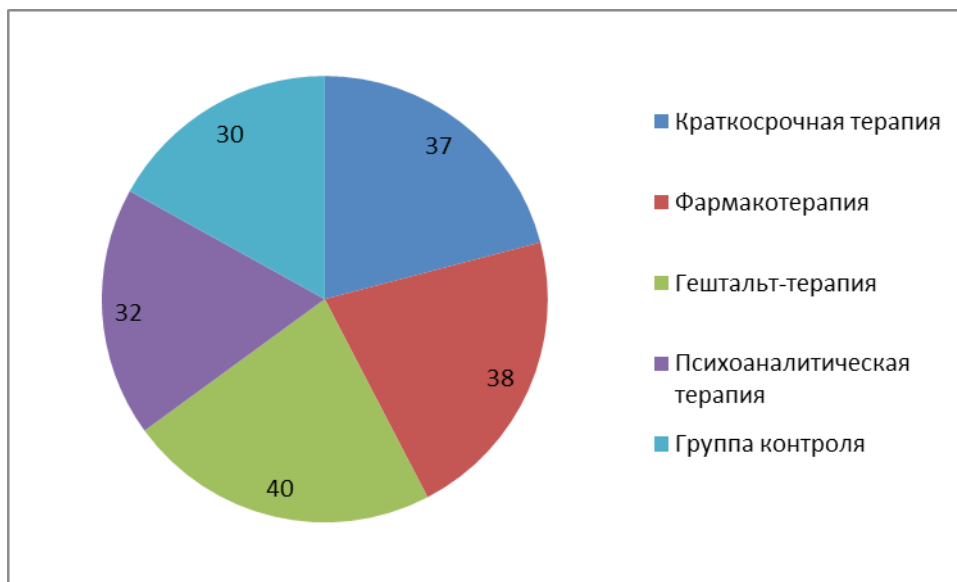


Рис.3. Круговая Рис.распределения выборки по группам

Таблица 2. Распределение выборки по семейному статусу

Семейный статус	Количество человек
Разведена	48
Замужем	53
Не замужем	76

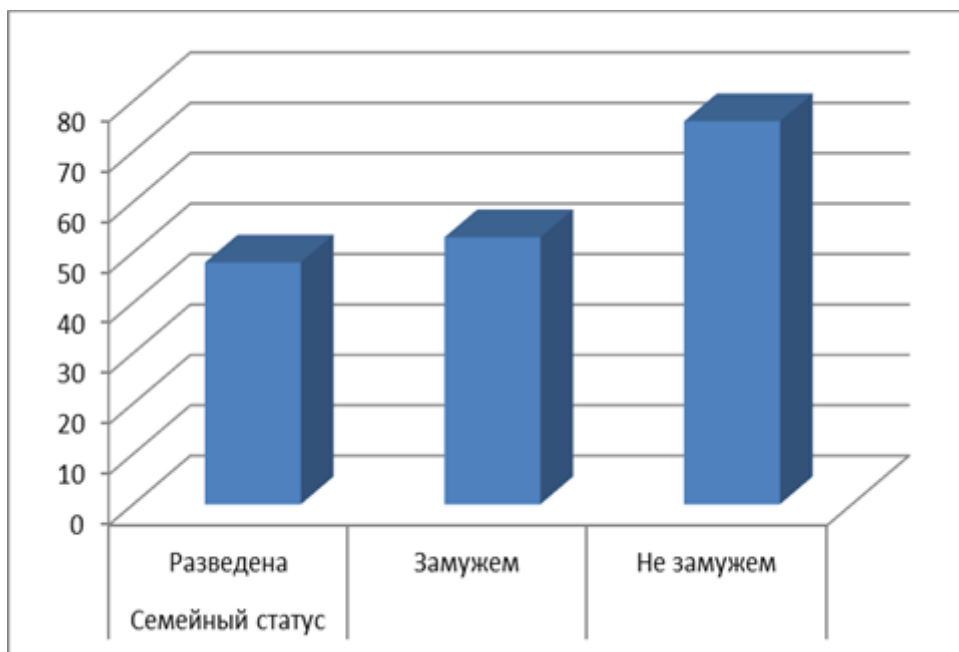


Рис. 4. Выраженность уровня депрессии у групп

Таблица 3. Распределение выборки по наличию и отсутствию образования

Наличие образования	Количество человек
Имеют высшее образование	129
Не имеют высшего образования	48

Таблица 4. Распределение выборки по виду деятельности респондентов

Категории по виду деятельности	Количество человек
«человек-человек»	37 20,9
«человек-техника»	64 36,16
«человек-знак»	32 18,08
«человек-природа»	44 24,86

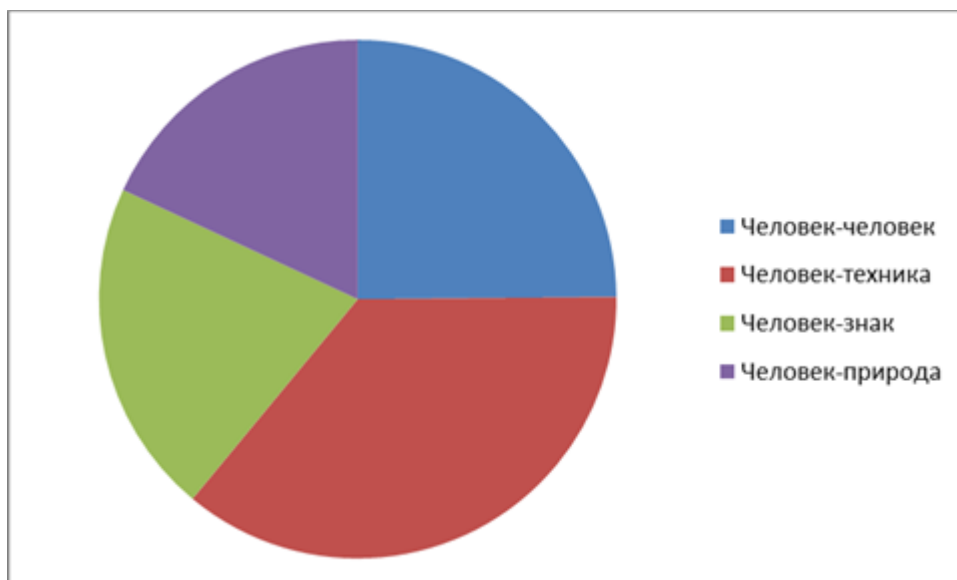


Рис. 5. Характеристика выборки по профессии

Таблица 5. Распределение выборки по наличию и отсутствию детей

Наличие детей	Количество человек
Есть дети	73
Нет детей	104

Группа гештальт-терапии была создана на основе данных двух групп «личного опыта, которые вели два разных терапевта, имеющих соответствующие сертификации в ВЕГИ.

Поскольку в наш исследовательский план не входило изучение того, как влияет личность самого терапевта на эффективность терапии (что является предметом самостоятельного исследования), в дальнейшем (после сравнения, не выявившего статистически значимых различий, (U-критерий Манна Уитни $>0,05$, критерий χ^2 -квадрат Пирсона $>0,05$) мы рассматривали эти две группы как единое целое (количество 40 человек, средний возраст 24,6 года).

Под краткосрочной терапией подразумевалась консультирование, нацеленное на решение проблем. Эта выборка набиралась двумя путями.

Через центр Университета и через психологическое сообщество Форсайт. На условиях добровольности и анонимности некоторые участники согласились заполнить анкеты на первой и последней встрече. Эти две группы также после сравнения, не выявившего статистически значимых различий, (U-критерий Манна Уитни $>0,05$, критерий хи-квадрат Пирсона $>0,05$) были объединены. Чтобы как-то выровнять фактор времени (другие виды воздействия брались с шагом в полгода). Участников, проходивших краткосрочную терапию, также опрашивали вторично по прошествии определенного времени.

Группа психоаналитической терапии набиралась среди клиентов, проходящих психоаналитическую терапию у 8 терапевтов, выпускников ВЕИП (Восточно-Европейского Института Психоанализа). Общее количество 32 человека, средний возраст 26,1 года.

Группа контроля. Испытуемые отбирались исходя из принципа доступности. Ни один из участников этой группы не обращался за помощью профессионала в течение всего периода проведения исследования. Ее количество 30 женщин, (средний возраст 27,2 года).

Все участники контрольной группы проживали в г. Санкт-Петербург, треть группы имела высшее образование, половина группы состояла в браке или постоянных отношениях.

Группа фармакотерапии была набрана среди людей, имеющих легкую депрессивную симптоматику, настолько, чтобы им могли быть предписаны медицинские препараты. Ее количество - 37 человек, (средний возраст 32,3 года).

3.2 Сравнение различных моделей психологической помощи.

Для выявления разницы между группами, получавшими психологическую помощь различного типа (и группами контроля) был проведен дисперсионный анализ с повторными измерениями.

Независимыми переменными выступили различия в уровне депрессии, характеристики позитивного и негативного аффектов (до и после психотерапевтического вмешательства).

3.2.1 Изменения в уровне выраженности депрессии

Таблица 6. Изменение уровня выраженности депрессии в зависимости от вида психологической помощи

Влияющая переменная	Значение F	Значимость
Изменения	1,475	0,226
Совместное влияние изменений и группы	4,585	0,002

Как мы можем видеть из таблицы 6, изменения сами по себе оказались незначимыми, если смотреть их в отрыве от воздействия вида психологической помощи. При учете этого последнего фактора, различия становятся высоко статистически значимыми ($p < 0,01$).

Тест LSD, относящийся к группе Post-Hoc тестов множественных сравнений, позволит нам посмотреть, в чем именно кроются эти различия.

Таблица 7. Множественные попарные сравнения групп по уровню выраженности депрессии (метод LSD)

Группа	Сравниваемые группы	Главные разницы	Среднеквадратичное отклонение	Значимость
Психоанализ	Контроль	1,0125	1,03870	,331
	Гештальт	,6125	,98716	,536
	Фармакотерапия	-,9579	,99823	,339
	Краткосрочная	-,2392	1,00417	,812
Контроль	Психоаналитическая терапия	-1,0125	1,03870	,331
	Гештальт	-,4000	,96937	,680

Продолжение таблицы 7

Гештальт	Фармакотерапия	-1,9704(*)	,98065	,046
	Краткосрочная	-1,2517	,98668	,206
	Психоаналитическая терапия	-,6125	,98716	,536
	Контроль	,4000	,96937	,680
Фармакотерапия	Фармакотерапия	-1,5704	,92588	,092
	Краткосрочная	-,8517	,93228	,362
	Психоаналитическая терапия	,9579	,99823	,339
	Контроль	1,9704(*)	,98065	,046
Краткосрочная	Гештальт	1,5704	,92588	,092
	Краткосрочная	,7187	,94399	,447
	Психоаналитическая терапия	,2392	1,00417	,812
	Контроль	1,2517	,98668	,206
	Гештальт	,8517	,93228	,362
	Фармакотерапия	-,7187	,94399	,447

Таким образом, статистически значимая разница ($p < 0,05$), как нам показывают данные из таблицы 7, существует между группой контроля и группой фармакотерапии. Разница на уровне статистической тенденции существует между группой фармакотерапии и группой гештальт-терапии ($0,05 < p < 0,1$).

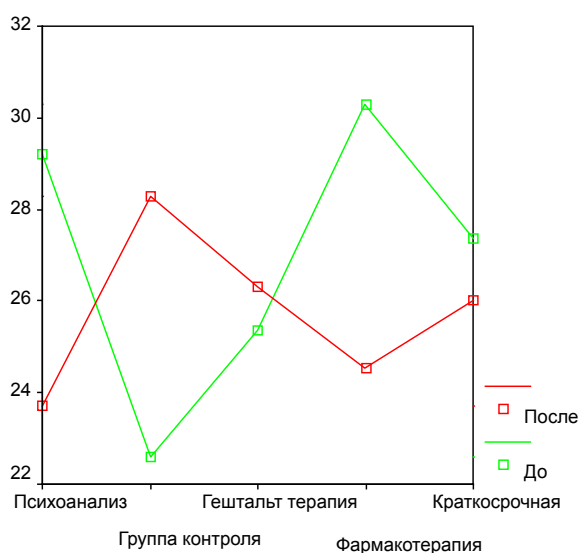


Рис. 6. Выраженность уровня депрессии у групп

Анализируя график, на рис. 6, мы можем сделать заключение, что за исключением группы контроля, все виды психологического воздействия привели к снижению уровня депрессии.

3.2.2 Сравнение позитивного и негативного аффектов

Негативный и позитивный аффекты были измерены нами на одном опроснике и вид их обсчета тесно связан, так что и их изменение в зависимости от вида терапии также имеет смысл смотреть вместе.

Для наших целей уместно рассмотреть средние значения для групп по выраженности аффектов, таблица 8.

Таблица 8. Среднее значение для групп по выраженности аффектов

Измеряемая переменная	Группа	Среднее
Позитивный аффект после вмешательства	Психоаналитическая терапия	28,5667
	Контроль	28,1250
	Гештальт	28,2500
	Фармакотерапия	28,7368
	Краткосрочная терапия	23,7297
Позитивный аффект до вмешательства	Психоаналитическая терапия	24,4000
	Контроль	26,9063
	Гештальт	24,9250
	Фармакотерапия	22,8947
	Краткосрочная терапия	24,1351
Негативный аффект после вмешательства	Психоаналитическая терапия	23,0333
	Контроль	19,5000
	Гештальт	20,1500
	Фармакотерапия	23,6316
	Краткосрочная терапия	20,0541
Негативный аффект до вмешательства	Психоаналитическая терапия	24,0000
	Контроль	22,5625
	Гештальт	22,7000
	Фармакотерапия	24,1053
	Краткосрочная терапия	22,1081

Таблица 9. Значимость позитивного и негативного аффектов в контексте влияния групп

Измеряемая переменная	F-критерий	Значимость
Позитивный аффект	87,976	0,000
Позитивный аффект * Группа	4,078	0,003
Негативный аффект	2,348	0,127
Негативный аффект * Группа	5,197	0,001
Позитивный аффект * Негативный аффект	91,565	0,000

В таблице 9, мы можем видеть, что позитивный аффект продемонстрировал высокосignificant различие, в совокупном влиянии с группой. Негативный аффект продемонстрировал значимое различие только в контексте влияния группы. Влияния негативного и позитивного аффектов оказались статистически значимо связаны.

Таблица 10. Тест множественных сравнений на различия между группами и выраженностью позитивного аффекта

Группа	Сравниваемая группа	Главная разница	Значимость
Психоанализ	Контроль	-1,0323	,248
	Гештальт	-,1042	,902
	Фармакотерапия	,6675	,437
	Краткосрочная	2,5509(*)	,003
Контроль	Психоаналитическая терапия	1,0323	,248
	Гештальт	,9281	,266
	Фармакотерапия	1,6998(*)	,045
	Краткосрочная	3,5832(*)	,000
Гештальт	Психоаналитическая терапия	,1042	,902
	Контроль	-,9281	,266
	Фармакотерапия	,7717	,333

Продолжение таблицы 10

Фармакотерапия	Краткосрочная	2,6551(*)	,001
	Психоаналитическая терапия	-,6675	,437
	Контроль	-1,6998(*)	,045
	Гештальт	-,7717	,333
Краткосрочная	Краткосрочная	1,8834(*)	,021
	Психоаналитическая терапия	-2,5509(*)	,003
	Контроль	-3,5832(*)	,000
	Гештальт	-2,6551(*)	,001
	Фармакотерапия	-1,8834(*)	,021

Как мы можем видеть в таблице 10, тест множественных сравнений показал значимые различия между группами по выраженности позитивного аффекта.

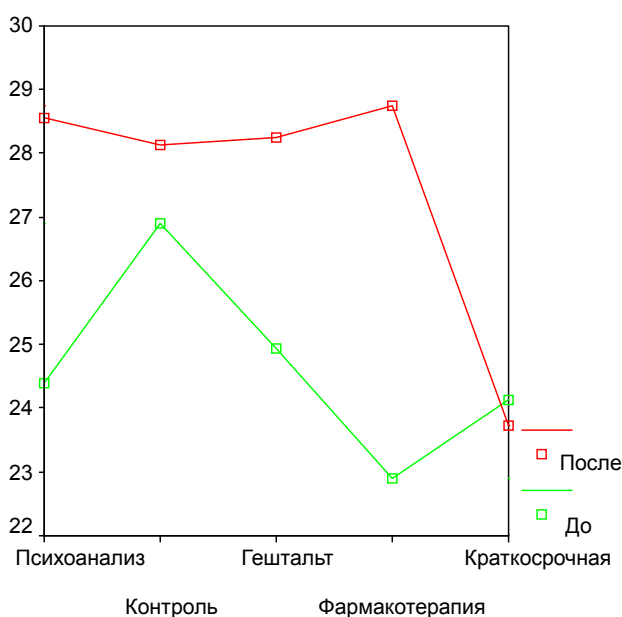


Рис. 7. Выраженность позитивного аффекта у групп

График, на рис. 7 демонстрирует нам, что во всех группах наблюдается высокосignificantное увеличение выраженности позитивного аффекта, кроме группы краткосрочной терапии, где этого эффекта нет вовсе и группы контроля, где этот эффект не достигает уровня статистической значимости.

Наибольшее увеличение мы можем наблюдать в группе фармакотерапии (с 22,9 до 28,7).

Для негативного аффекта мы наблюдаем следующую картину:

Таблица 11. Выраженность негативного аффекта опосредуемое видом оказываемой псих помощи

Проверяемая переменная	F-критерий	Значимость
Негативный аффект	24,901	0,000
Негативный аффект * Группа	1,754	0,140

Как мы можем видеть из таблицы 11, выраженность негативного аффекта никак не связана с видом оказываемой психологической помощи.

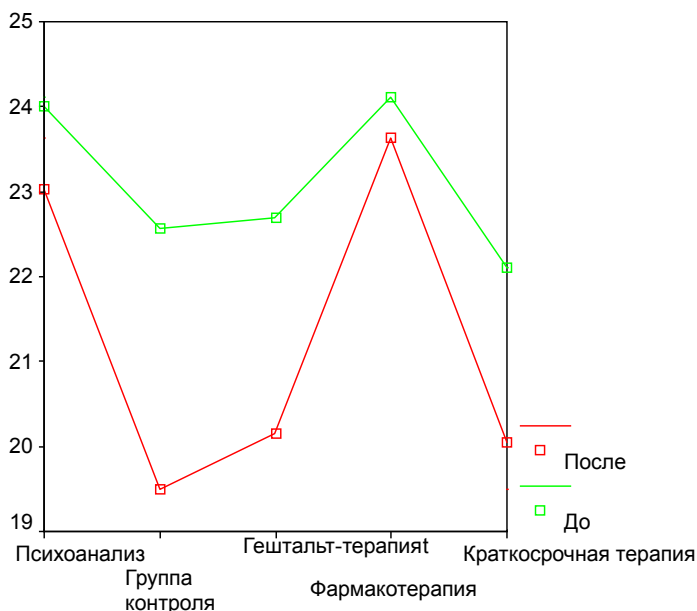


Рис. 8. Сравнение выраженности негативного аффекта у групп

На графике, в соответствии с рис. 8, видим, что во всех без исключения группах наблюдается некоторое снижение уровня выраженности негативного аффекта.

Наибольшее снижение наблюдается в группе контроля (с 22,6 до 19,5), то есть группы, с которой никакой целенаправленной работы не велось.

3.2.3. Различия в картине субъективного мира между группами, получавшими разный вид психологической помощи

Поскольку опросник картина субъективного мира является по сути качественным и направленным на индивидуальную работу, оценка его возможна только по частоте употребления категорий, описанных во второй части.

Для удобства математической обработки вводим новую зависимую переменную - изменения в частоте употреблений категорий, описывающих субъективную картину мира респондента. Эта переменная будет являться количественной, так что мы можем подвергнуть ее дисперсионному анализу.

Результаты изложены в следующей таблице:

Таблица 12. Значимость изменений в частоте употребления категорий

Категории	F-критерий	Значимость
Репрезентации родительской подсистемы семьи	18,974	0,000
Репрезентации телесного «Я»	0,985	0,417
Репрезентации деятельности	4,327	0,002
Репрезентации межличностных отношений (отношения в семье, отношения вне семьи)	4,288	0,002
Репрезентации символической деятельности (фантазирования, размышления о жизни)	1,792	0,133
Репрезентации процесса социализации	1,873	0,117
Репрезентации пространственно-временных аспектов мира	0,389	0,816

Таким образом, как мы можем наблюдать в таблице 12, имеются статистически значимые изменения в частоте употребления категорий:

- репрезентации родительской подсистемы семьи;
- репрезентации телесного «Я»;
- репрезентации деятельности;

Для категорий:

- репрезентации межличностных отношений (отношения в семье, отношения вне семьи);
- репрезентации символической деятельности (фантазирования, размышления о жизни);
- репрезентации процесса социализации;
- репрезентации пространственно-временных аспектов мира;

изменений в результате терапии в частоте проявления отмечено не было.

Как показывает нам рис.2, для категории репрезентация родительской подсистемы семьи мы можем наблюдать статистически значимые изменения (критерий Хи-квадрат Пирсона) для групп психоаналитической терапии ($p < 0.0$) и гештальт-терапии ($p < 0.05$). В обоих случаях наблюдается статистически значимое увеличение использования для описания ранних детских воспоминаний этих категорий.

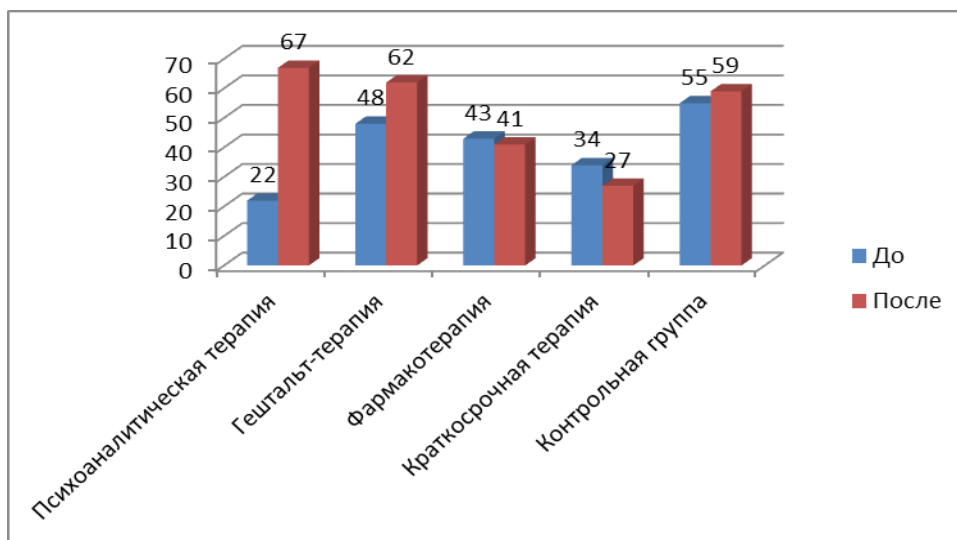


Рис. 9. Изменение в категории «Репрезентация родительской подсистемы»

Как показывает нам рис.9, для категории репрезентации телесного я различия в частоте использовании категорий появляются в группе гештальт терапии (увеличение с 18 до 27, $p < 0.01$) и статистически значимого снижения в группе фармакотерапии (с 19 до 9, $p < 0.05$).

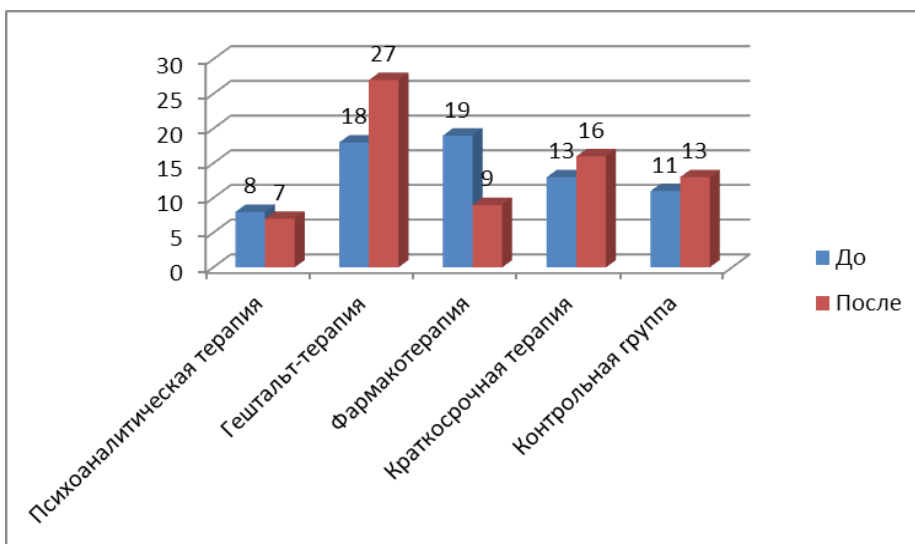


Рис.10. Изменение в категории «Репрезентация телесного Я»

Как показывает нам рис.10, для категории «репрезентации деятельности», мы можем наблюдать статистически значимое снижение частоты использования в группе «краткосрочная терапия» ($p < 0.05$).

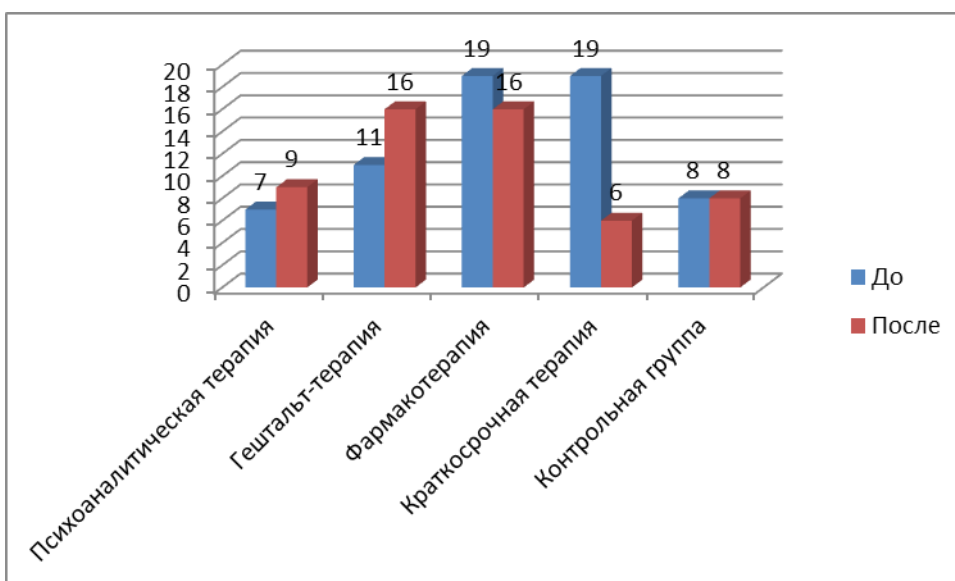


Рис.11. Изменение в категории «Репрезентация деятельности»

3.3 Социальные показатели

Рассмотрим индивидуальные социальные показатели.

3.3.1 Параметры семейного статуса

Для этой цели проведем дисперсионный анализ с повторными измерениями.

Рассмотрим в качестве независимой переменной уровень негативного и позитивного аффектов и выраженности симптомов депрессии.

В качестве показателей будут рассматриваться сам факт прохождения терапии и семейный статус.

Таблица 13. Совместные изменения личностных характеристик, в зависимости от терапии и семейного статуса

Источник влияния на личностные параметры	F-критерий	Значимость
Эффект терапии	35,387	,000
Эффект терапии * Семейный статус	0,475	0,623

Как мы можем видеть в таблице 13, семейный статус не оказывает никакого влияния на эффективность терапии в отношении независимой переменной позитивный аффект.

В отношении негативных эмоций картина отличается.

Таблица 14. Совместные изменения семейного статуса и негативного аффекта

Источник изменений	F-критерий	Значимость
Изменения в уровне выраженности негативного аффекта (до и после)	27,574	0,000

Продолжение таблицы 14

Изменения уровня выраженности негативного аффекта, опосредуемое семейным статусом	2,627	0,075
---	-------	-------

Как мы можем видеть из таблицы 14, изменения связаны с семейным статусом респондента и, хотя и не достигает границ статистической значимости, находится в пределах статистической тенденции ($0,05 < p < 0,1$).

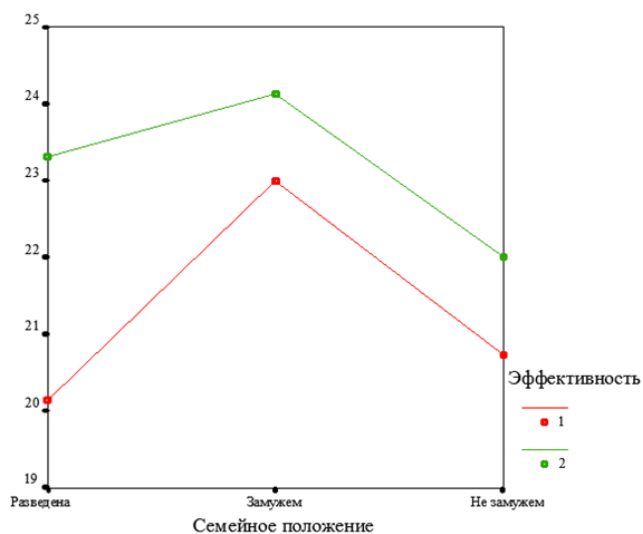


Рис. 12. Выраженность негативного аффекта у групп с разным семейным статусом

На графике, в соответствии с рис. 12, можно увидеть, что разведенные женщины острее всего реагируют на терапию и в наибольшей степени, по сравнению с остальными группами, снижают выраженность негативных эмоций.

Схожую картину мы можем наблюдать при рассмотрении влияния семейного статуса на уровень выраженности депрессии.

Таблица 15. Изменение уровня депрессии (до и после терапии)

Источник изменений	F-критерий	Значимость
Изменения в уровне выраженности депрессии (до и после)	2,446	0,120
Изменения уровня выраженности депрессии, опосредуемое семейным статусом	2,868	0,060

Исходя из таблицы 15, можем видеть, что изменение фактора уровня депрессии по прошествии времени (до и после терапии), также находится в интервале статистической тенденции.

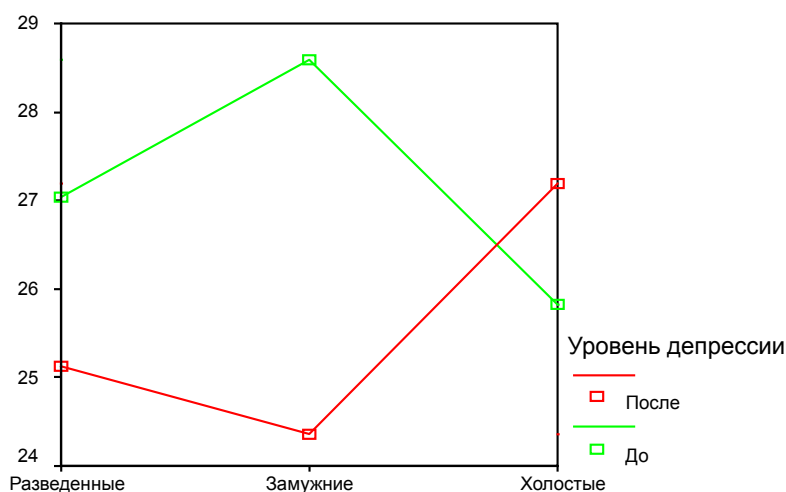


Рис. 13. Выраженность уровня депрессии у групп с разным семейным статусом

В графике, в соответствии с рисунком 13, мы можем видеть, что уровень депрессии снизился у групп «разведенные» и «замужние», но даже несколько поднялся в среднем у группы «одинокие».

На основании этих данных мы можем высказать гипотезу, что институт брака является ценным ресурсом, который оказывает значительное влияние на эмоциональную сферу человека в процессе прохождения им терапии.

Рассмотрим в деталях, как связаны вид терапии и семейный статус.

Таблица 16. Взаимодействие изменений психологических характеристик в процессе терапии, вида психологической помощи и семейного статуса

Источник изменений	F-критерий	Значимость
Совместное влияние позитивного аффекта и семейного статуса	0,793	0,454
Совместное влияние позитивного аффекта, группы и семейного статуса	2,662	0,009

Совместное влияние негативного аффекта и семейного статуса	3,563	0,031
Совместное влияние уровня депрессии и семейного статуса	2,774	0,065
Совместное влияние уровня депрессии, группы и семейного статуса	1,804	0,080
Совместное влияние позитивного аффекта, негативного аффекта и семейного статуса	2,713	0,069
Совместное влияние уровня депрессии, негативного аффекта и семейного статуса	2,674	0,072

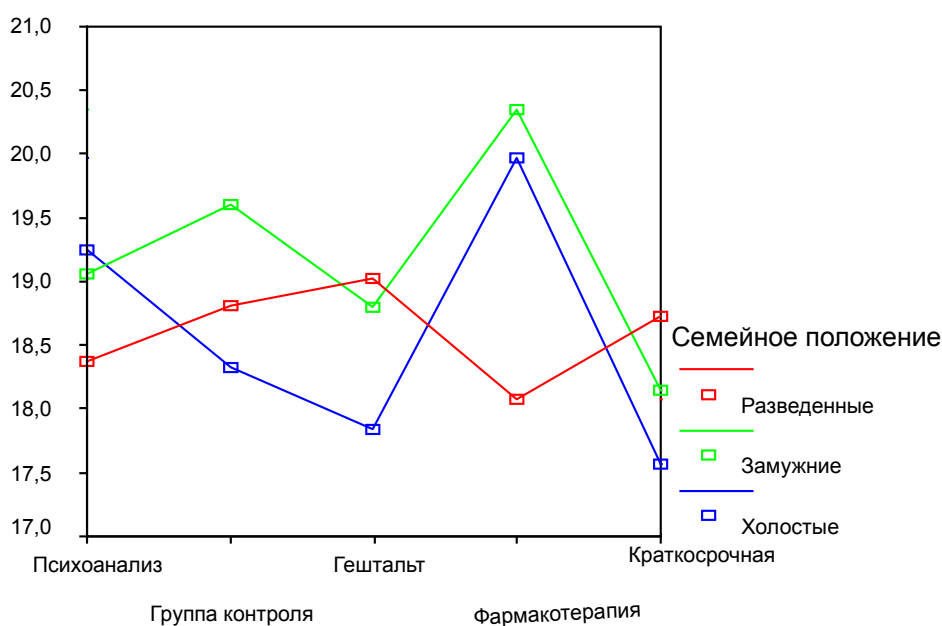


Рис. 14. Общие изменения в результате терапии в зависимости от семейного статуса

На графике, в соответствии с рис. 14 нам демонстрирует, что в целом трудно выделить какой-то общий тренд, все группы (по семейному статусу) примерно одинаковы в размере эффекта. Очевидно, что это влияние есть, как нам показывают значимые различия при влиянии на негативный и позитивный аффекты, но влияние это не очень значимое. В целом группа женщин в замужестве несколько лучше реагирует на терапию (в среднем около 10-12% более высокие показатели), но для того, чтобы утвердить это в качестве научного факта, нужны новые исследования, со значительно большими выборками.

3.3.2 Параметр «наличие детей»

Поскольку все респонденты, участвовавшие в нашем исследовании, были женщинами, представляется логичным рассмотреть такой важный параметр в жизни женщины, как наличие детей. Оказывает ли он влияние на процесс терапевтического воздействия?

Все математические процедуры, идентичны тем, какие мы рассматривали в предыдущем параграфе.

Таблица 17. Совместные изменения показателя наличие детей и позитивного аффекта

Источник изменения	F-критерий	Значимость
Позитивный аффект в процессе терапии	36,574	0,000
Позитивный аффект в процессе терапии, опосредуемое наличием детей	0,434	0,511

По таблице 17, мы видим, что фактор «наличие детей» никак не связан с изменением уровня позитивного аффекта, в процессе терапии ($p=0,511>0,05$).

Таблица 18. Изменения уровня негативного эффекта в зависимости от наличия детей

Источник изменения	F-критерий	Значимость
Негативный аффект в процессе терапии	26,046	0,000
Негативный аффект в процессе терапии, опосредуемый наличием детей	1,192	0,277

По таблице 18 мы видим, что фактор «наличие детей» ни как не связан с изменением уровня негативного аффекта ($p=0,277>0,05$).

Таблица 19. Изменения уровня депрессивности в зависимости от показателя наличие детей

Источник изменения	F-критерий	Значимость
Уровень депрессивности в процессе терапии	1,611	0,206
Уровень депрессивности в процессе терапии,	0,343	0,559

опосредуемый наличием детей		
-----------------------------	--	--

По таблице 19 мы можем видеть, что проверка фактор «наличие детей» на уровень депрессивности также не выявила никаких значимых результатов.

По всей видимости, наличие, равно как и отсутствие детей, никак не отражается на успехе терапии.

3.3.3 Показатель образование и вид занятости

Многие терапевты отмечают, что наличие образования также является значимым фактором в процессе терапии.

Мы можем проверить эту гипотезу на полученных нами данных. К сожалению для нас, 129 женщин из нашей выборки имеют высшее образование и только 48 не получили такового, это серьезно занижает возможность получить достоверный результат.

В отношении вида занятости группы также были распределены неравномерно. 36,2 % процента выборки имели работу вида «человек-техника» и только 18,02 % работу вида «человек-знак», только двое указали в анкете, что не имеют никакой постоянной работы.

Таблица 20. Показатель образование и изменение личностных характеристик в процессе терапии

Источник влияния	F-критерий	Значимость
Образование	0,349	0,555

Ориентируясь на полученные нами данные в таблице 20, мы можем видеть, что наличие высшего образования никак не влияет ни на один из измеряемых нами показателей депрессия, негативный аффект, позитивный аффект.

Таблица 21. Тип работы и изменение личностных характеристик в процессе терапии

Источник влияния	F-критерий	Значимость
Тип профессии	0,076	0,973

В таблице 21, мы видим, что вид работы, также не оказывает статистического различия.

3.3.4 Влияние биографических показателей на картину внутреннего мира

Таблица 22. Семейный статус и изменение картины внутреннего мира в процессе терапии

Критерий	Значимость
Тест Хи-квадрат	0,035

После того, как мы оценили влияние биографических показателей на изменение картины внутреннего мира с показателем, в таблице 22, мы можем констатировать, что влияние это может быть расценено как довольно слабое. Единственный результат (который мог быть получен случайно) женщины, не имеющие детей, несколько чаще остаются неизменными в своей картине мира, но это может быть случайным результатом.

3.4 Обсуждение полученных результатов

Поставленная нами задача была, в целом достигнута. Были показаны статистически значимые различия при оказании того или иного вида психологической помощи.

Показаны различия между группами фармакотерапии и контрольной группой. Статистически значимая разница ($p < 0,05$) проявилась в группе фармакотерапии, она показала редукцию симптомов депрессии на 20 процентов больше, чем контрольная группа. При этом остальные виды психологической помощи не оказали на уровень депрессии статистически значимого воздействия. Этот результат может быть обусловлен двумя факторами.

Группа «фармакотерапии» изначально обращалась за помощью в лечении депрессивных симптомов, их лечение было направлено на их редукцию. Остальные виды терапии направлены на более широкий круг неспецифических факторов. Также отметим, что снижение уровня депрессии наблюдалось у всех групп, хотя и не достигало отметки статистической значимости.

Другое объяснение может крыться в выбранном нами методическом инструментарии. Шкала депрессивности Бека не отличается большой чувствительностью, что отмечали многие исследователи.

Также было показано, что все виды психологического вмешательства (кроме краткосрочной терапии) увеличивают выраженность позитивного аффекта. Но сложность этого вывода в том, что так же этот тренд, хотя и в меньшей степени, наличествует и у группы контроля.

Также можно отметить, что снижение уровня негативного аффекта, отмеченное во всех группах, может быть следствием того, что они определялись одной методикой, и, как показывает наше исследование, тесно связаны друг с другом. Наличие двух отдельных методик, возможно, может более четко разграничить влияние специфических и неспецифических факторов терапии.

При анализе результатов картины субъективного мира, были выявлены следующие результаты:

Для категории «репрезентация родительской подсистемы семьи» мы можем наблюдать статистически значимые изменения (критерий Хи-квадрат Пирсона) для групп психоаналитической терапии ($p < 0.01$) и гештальт-терапии ($p < 0.05$). Возрастание «субъективной роли семейных отношений» при прохождении респондентом психоаналитической терапии и гештальт-терапии, генетически тесно связанной с психоанализом, может говорить о том, что изменяется сама система смыслов, определяющая поведение человека.

С другой стороны, это может быть связано с большей фиксацией респондента на родительских отношениях, которая появляется в результате постоянного обсуждения этой темы на сеансах у психотерапевта. Нужны новые исследования, с иной методологией, для того чтобы однозначно ответить на этот вопрос. Если оценивать качественную сторону ответов испытуемых, можно сказать, что в этих группах наблюдалось наибольшее изменение ответов на вопрос о самых ранних детских воспоминаниях.

Так же, отмечается большая центрация группы, проходившей гештальт-терапию на «репрезентации своего телесного образа». Этот результат объясним, если учитывать особое внимание гештальт-терапии к переживанию «здесь и сейчас» момента.

Было отмечено снижение количества ответов о «репрезентации телесного я» в группе фармакотерапии. Можно предположить, что употребление медицинских препаратов как-то влияет на образ тела испытуемого.

Установлено снижение частоты использования «категория деятельности» в группе краткосрочной терапии. Можно построить гипотезу, что имевшее место затруднение вызывало необходимость какого-то действия, необходимого для того, чтобы решить его, что находило свое воплощение, в том числе и в субъективной картине мира. После же разрешения проблемы в результате терапии, потребность в таком действии ослабла. Эта гипотеза должна проверяться в отдельном, независимом исследовании.

Также нами была найдена устойчивая, хотя и не очень сильная связь между успехом терапевтического воздействия и семейным статусом респондента. Замужние женщины легче редуцируют симптомы депрессии, в большей степени с ходом терапии повышают выраженность позитивного аффекта. Необходимы новые исследования, с большими выборками, которые смогут подтвердить или опровергнуть гипотезу о ценности брака как психологического ресурса, помогающего в процессе терапии.

ВЫВОДЫ

Подводя итоги проведенного исследования, можно сделать следующие **выводы.**

1. Все исследованные направления терапии: психодинамическая терапия, гештальт-терапия, краткосрочная терапия и фармакотерапия, приводят к изменениям индивидуально-психологических характеристик, таких

как: уровень депрессивности, уровень негативного и уровень позитивного аффектов.

2. Наибольшее снижение уровня депрессивности выявлены при использовании фармакотерапии, однако субъективная картина мира, наиболее изменяется при вербальных методах терапии: психодинамической терапии и гештальт-терапии.
3. Среди вербальных методов терапии наименьшие изменения в уровне депрессивности, уровня негативного аффекта и уровня позитивного аффекта, показала краткосрочная терапия, в сравнении с долгосрочными видами: психодинамической и гештальт-терапии.
4. Изменение индивидуально-психологических характеристик при гештальт-терапии, больше касается телесного «Я», а в психодинамическом больше связано с представлениями о себе и родителях, другими словами, в гештальт-терапии изменения связаны с изменениями образа «Я» в настоящем, а в психодинамической терапии изменения касаются причин (истоков) личностных проблем.
5. Среди клиентов, обращающихся за психологической помощью, преобладают одинокие женщины (не состоящие в браке и разведенные), однако наибольшие изменения отмечаются в субъективной картине мира именно у женщин в замужестве.
6. Изменение индивидуально-психологических характеристик в результате терапий любого вида, не связано с такими социальными показателями, как: наличие детей, уровень образования и вид деятельности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В соответствии с целью и поставленными задачами исследования, был проведен теоретический анализ имеющейся литературы, выбраны наиболее адекватные целям исследования методики и проведен сбор эмпирических данных. Было обследовано 177 женщин, из них:

Гештальт-консультирование – 40 человек;

Психодинамическое консультирование – 32 человек;

Краткосрочное консультирование – 37 человек;

Медикоментозная терапия – 38 человек.

Группа контроля – 30 человек.

Были получены следующие результаты:

Научные результаты: В настоящем исследовании было продемонстрировано, что при использовании терапии любого вида отмечалось уменьшение уровня депрессивности и повышение уровня позитивного аффекта, снижение уровня негативного аффекта.

Были найдены различия, но эти различия оказались не столь велики, как разница между контрольными группами.

В качестве дополнительных данных, можно отметить влияние, отмеченное на уровне статистической тенденции, семейного статуса на то, как человек реагирует на терапевтическое вмешательство, но этот пункт нуждается в дополнительной проверке в рамках независимого исследования.

В целом поставленные во введении цели и задачи данного исследования можно считать достигнутыми.

Методологическая новизна исследования:

Данное исследование было проведено с учетом всех стандартов и правил, используемых в настоящее время в опросе оценки эффективности психологической помощи, в соответствии с форматом RCT (randomized controlled trials), что является для российского научного поля относительно редким событием.

Помимо этого в исследование была включена качественная методика, использование которой позволило получить интересные результаты о наличии разниц в использовании разных видов психологической помощи для такой исключительно субъектной характеристики, как самые ранние детские воспоминания.

Практическая значимость:

Были найдены статистически значимые отличия между группами, говорящие о большей эффективности психодинамической терапии, гештальт-терапии по сравнению с краткосрочной терапией (и группой контроля) в вопросе работы с уровнем негативного аффекта уровня депрессивности.

Поставленные во введении цели и задачи можно в ходе данного исследования считать достигнутыми. Мы считаем необходимым продолжение исследования других индивидуально-психологических характеристик.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айзенк Г. Дж. Сорок лет спустя: новый взгляд на проблемы эффективности в психотерапии // Психологический журнал. Т. 14. 1994. № 4. С. 3-19.

2. Бекетов Ю.А., Божко С.А., В.В.Кошелев. Взаимосвязь эффективности различных видов терапии с параметрами когнитивного стиля пациентов при лечении невротических расстройств Вестник новых медицинских технологий – 2007 – Т. XIV, № 2 – С. 133.
3. В.В. Гараева. Роль взаимодействия и изменений в исследовании критериев эффективности психотерапии фундаментальные исследования №2, 2010.
4. Ермаков А.Л. Гештальт-терапия личностных расстройств. //Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2005 № 2.
5. Кейсельман (Дорожкин) В.Р. Котерапия: групповые феномены, методы, эффекты. – СПб.: “Речь”, 2007. – 192 с.
6. Карвасарский Б. Д. Психотерапия: учеб. для вузов / Изд. 2-е, перераб. — СПб.: Питер, 2002. – 672. (Национальная медицинская библиотека).
7. Лаутербах В. Эффективность психотерапии: критерии и результаты оценки // Психотерапия: От теории к практике. Материалы I съезда Российской Психотерапевтической Ассоциации. - СПб., изд. Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, 1995. С. 28-41.
8. Осин Е.Н Измерение позитивных и негативных эмоций: Разработка русскоязычного аналога шкалы PANAS Психология. Журнал Высшей школы экономики, 2012. Т. 9, №4. С. 91-110.
9. Остед К.Ш. / В кн. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Р. Корсини, А. Д. Дж Ауэрбаха. – СПб.: Питер, 2003.– С. 1043–1045.
10. Психотерапия — что это? Современные представления / под ред. Дж.К. Зейга.
11. Перлз Ф.С., Гудмен П., Хефферлайн Р. Теория и практика гештальт-терапии. М, 2001-384 с.
12. [Столороу Р.](#), [Брандшафт Б.](#), [Атвуд Д.](#) Клинический психоанализ: Интерсубъективный подход М: Когито-Центр 1999 г.

13. Соколова, Е.Т. Психотерапия: теория и практика: учебное пособие / Е.Т. Соколова. – 2-е издание, переработанное и дополненное. – Москва: Академия, 2006.
14. Фицджеральд Р. Эклектическая психотерапия. – СПб.: Питер, 2001
15. Франк Д. Дж. / В кн. Психотерапевтическая энциклопедия. – СПб.: Питер, 2003.– С. 1045.
16. Фрейд З. Конечный и бесконечный анализ «Конечный и бесконечный анализ»: М Г Менеджмент; Москва; 1998
http://www.litres.ru/pages/biblio_book
17. В, Parsons, Quitkin F M, McGrath P J, Stewart J W, Tricamo E, Осеpek-Welickson K, et al. 1989. "Phenelzine, imipramine, and placebo in borderline patients meeting criteria for atypical depression." *Psychopharmacology bulletin* 25 (4): 524-34.
18. Bauer G.P., Kobos J.C. Brie / therapy: Short-term psychodynamic intervention.
19. 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.
20. Bergin A.E., Garfield S.L. (Eds.) *Handbook of psychotherapy and behavioral change*. 4th ed. N.Y. Wiley, 1994.
21. Beutler L.E. Toward specific psychological therapies for specific conditions // *J. of Consulting and Clin. Psychology*. 1979. V. 47. P. 882-892.
22. Bretz HJ, Heekerens HP, Schmitz B. A meta-analysis of the effectiveness of gestalt therapy; *Z. Klin. Psychol. Psychopathol. Psychother*. 1994; 42 (3) -P.60-241.
23. [Castelnuovo G¹](#), [Manzoni GM](#), [Villa V](#), [Cesa GL](#), [Pietrabissa G](#), [Molinari E](#). The STRATOB study: design of a randomized controlled clinical trial of Cognitive behavioral Therapy and Brief Strategic Therapy with telecare in patients with obesity and binge-eating disorder referred to residential nutritional rehabilitation. [Trials](#). 2011 May 9;12:114.

24. [Chambless DL](#), [Hollon SD](#). Defining empirically supported therapies. [J Consult Clin Psychol](#). 1998 Feb; 66(1):7-18.
25. [Choi BH](#), [Pos AE](#), [Magnusson MS](#). Emotional change process in resolving self-criticism during experiential treatment of depression. [Psychother Res](#). 2015 Jun 11:1-16.
26. 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.
27. Dahl H., Kaechele H., Thomae H. (Eds.) *Psychoanalytic process research strategies*. N.-Y., 1988.
28. Drew Westen and Glen O. Gabbard *Developments in Cognitive Neuroscience: I. Conflict, Compromise, and Connectionism* (2002). *Journal of the American Psychoanalytic Association*.
29. Elliott R. Five dimensions of therapy process // *Psychotherapy Research*. 1991. V.1. P. 92-103.
30. Eysenk H. The effects of psychotherapy: an evaluation // *J. of Consult. Psychology*. 1952. V.16. P. 319 - 324.
31. [Fahrutdinova LR](#), [Nugmanova DR](#). Dynamics of psychological crisis experience with psychological consulting by gestalt therapy methods. [Glob J Health Sci](#). 2015 Jan 1;7(4):130-5. doi: 10.5539/gjhs.v7n4p130.
32. Garfield S.L., Bergin A.E. (*Handbook of psychotherapy and behavior chang.* — 3rd).
33. Gill M.M., Hoffman I.S. *Analysis of transference. V. II. Studies of nine audio-recorded psychoanalytic sessions*. N.Y.: Intern.Univ.Press, 1982.
34. Greenberg L., Pinsof W. (Eds.) *The psychotherapeutic process: A research handbook*. N.Y.: Guilford, 1986.
35. Horigian VE¹, Weems CF, Robbins MS, Feaster DJ, Ucha J, Miller M, Werstlein R. Reductions in anxiety and depression symptoms in youth receiving substance use treatment. *Am J Addict*. 2013 Jul-Aug;22(4):329-37

36. 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.
37. 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.
38. Hender K. «Is Gestalt therapy more effective than other therapeutic approaches?» Centre for Clinical Effectiveness Monash Medical Centre Publishing, 2001
39. Horowitz M.Z. States of mind: Analysis of change in psychotherapy. N.Y., L.: 1979.
40. 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.
41. Karon, B.P., Whitaker, L.C. (1996). Psychotherapy and the Fear of Understanding Schizophrenia. The Psychotherapy Patient, 9, No. 3/4, 23-41
42. Kaechele H., Strauss B.M. Approaches and Methods in Psychotherapy Research or Do we need Empirically Validated/Supported Treatments. Montevideo: 1998.
43. Kazdin A. Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research // Handbook of psychotherapy and behavioral change / Eds. A.Bergin, S.Garfield. N.Y.: Wiley, 1994, 4th ed. P. 19-71.
44. Kellner R. Psychotherapy in psychosomatic disorders: A survey of controlled outcome studies // Archives of General Psychiatry. 1975. V. 35. P. 1021-1028
45. Kenworthy T, Adams CE, Bilby C, Brooks-Gordon B, Fenton M. Psychological interventions for those who have sexually offended or are at risk of offending. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(3):
46. Kernberg O.F., Bursteine E.D., Coyne L. et al. Psychotherapy and psychoanalysis. Final report of the Menninger Foundation. Bull. of Menninger Clin. 1972. V. 36. P. 3-275.
47. Kiesler D. The process of psychotherapy. Chicago: Aldine, 1973.

48. Kiesler, D. The 1982 interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions // *Psychol.Rev.* 1983. V. 90. N 3. P. 185-214.
49. Lambert M., Bergin A. The effectiveness of psychotherapy // *Handbook of psychotherapy and behavioral change* / Eds. A.Bergin, S.Garfield. N.Y.: Wiley, 1994. 4th ed. P. 143-189.
50. Lambert M., Hill C. Assessing psychotherapy outcomes and processes // *Handbook of psychotherapy and behavioral change* / Eds. A.Bergin, S.Garfield. N.Y.: Wiley, 1994. 4th ed. P.72-113.
51. Leichsenring F. Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective: A review of empirical data. *Int J Psychoanal.* 2005 Jun;86 (Pt 3):841-68.
52. 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.
53. Luborsky L., Crits-Christoph P., Mintz J., Auerbach A. *Who Will Benefit From Psychotherapy.* N. Y.: Basic Books, 1988.
54. Migone P. What does "brief" mean? A theoretical critique of the concept of brief therapy from a psychoanalytic viewpoint. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 2014 Aug; 631-56.
55. Morris R.J., Suckerman K.R. Morris and Suckerman reply // *J. of Consulting and Clin. Psychology.* 1975. V. 43. P. 585-586.
56. 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.
57. 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.
58. Nicholson R.A., Berman J.S. Is follow-up necessary in evaluating psychotherapy? // *Psychological Bulletin.* 1983. V. 93. P. 261-278.
59. Claudette Portelli *Advanced Brief Strategic Therapy for Obsessive-Compulsive Disorders Brief Strategic and Systemic Therapy European Review* N. 1 – 2004.

60. Rachman S. & Wilson G.T. The effect of psychological therapy: Second enlarged edition. N. Y.: Pergamon, 1980.
61. Robinson L.A. et al. // Psychological Bulletin.— 1990.—№108.— P. 30–49.
62. Rogers C. R. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change // J. of Consulting Psychology. 1957. V. 21. P. 95-103.
63. Russell R. Language in psychotherapy: Strategies of discovery. N.Y.: Plenum, 1987.
64. Sanford R.S. Unconditional positive regard: A misunderstood way of being // Revista de Psiquiatria y Psicologia Humanista. — 1986. — Vol. 4, №17. — P. 27–35.
65. Shapiro D., Firth J. Prescriptive versus exploratory psychotherapy. Outcomes of the Sheffield Psychotherapy Project // British J. of Psychiatry. 1987. V. 151. P. 790-799.
66. Shapiro D.A., Shapiro D. Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement // Psychological Bulletin. 1982. V. 92. P. 581-604.
67. 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.
68. Stiles W.B., Shapiro D.A., Elliott R. Are all psychotherapies equivalent? // Amer. Psychologist. 1986. V. 41. P. 165-180.
69. Strupp 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.
70. 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.
71. Ver Eecke W The role of psychoanalytic theory and practice in understanding and treating schizophrenia: a rejoinder to the PORT report's condemnation of

- psychoanalysis. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*. 2003 Spring;31(1):11-29.
72. Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, E, Benson, K., & Hyunnie, A. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes." *Psychological Bulletin*, 122, 203-215.
73. Wallerstein R.S. *Forty-two lives in treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy*. N. Y.: Guilford, 1986.
74. Wallerstein R.S., 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.*
75. Weiss J.B., Sampson H. *The psychoanalytic process: theory clinical observation and empirical research*. N. Y.: Guilford, 1986.
76. <http://www.gestaltlife.ru/publications/7/view/36>
77. <http://www.gestaltlife.ru/publications/7/>
78. Психологос — энциклопедия практической психологии, 2010. — URL: <http://psychologos.ru/index.php> (дата обращения 14.04.2010).

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

Таблица 23. Выводы по итогу многомерного дисперсионного анализа

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Негативный эффект (до и после)	Pillai's Trace	,813	472,861(a)	1,000	109,000	,000
	Wilks' Lambda	,187	472,861(a)	1,000	109,000	,000
	Hotelling's Trace	4,338	472,861(a)	1,000	109,000	,000
	Roy's Largest Root	4,338	472,861(a)	1,000	109,000	,000
Негативный эффект * Группа	Pillai's Trace	,032	1,195(a)	3,000	109,000	,315
	Wilks' Lambda	,968	1,195(a)	3,000	109,000	,315
	Hotelling's Trace	,033	1,195(a)	3,000	109,000	,315
	Roy's Largest Root	,033	1,195(a)	3,000	109,000	,315
Позитивный эффект (до и после)	Pillai's Trace	,912	1134,152(a)	1,000	109,000	,000
	Wilks' Lambda	,088	1134,152(a)	1,000	109,000	,000
	Hotelling's Trace	10,405	1134,152(a)	1,000	109,000	,000
	Roy's Largest Root	10,405	1134,152(a)	1,000	109,000	,000
Позитивный эффект (до и после)* Группа	Pillai's Trace	,110	4,510(a)	3,000	109,000	,005
	Wilks' Lambda	,890	4,510(a)	3,000	109,000	,005
	Hotelling's Trace	,124	4,510(a)	3,000	109,000	,005
	Roy's Largest Root	,124	4,510(a)	3,000	109,000	,005
Уровень депрессии(до и после)	Pillai's Trace	,007	,719(a)	1,000	109,000	,398
	Wilks' Lambda	,993	,719(a)	1,000	109,000	,398
	Hotelling's Trace	,007	,719(a)	1,000	109,000	,398
	Roy's Largest Root	,007	,719(a)	1,000	109,000	,398
Уровень депрессии(до и после)* Группа	Pillai's Trace	,015	,571(a)	3,000	109,000	,635
	Wilks' Lambda	,985	,571(a)	3,000	109,000	,635
	Hotelling's Trace	,016	,571(a)	3,000	109,000	,635
	Roy's Largest Root	,016	,571(a)	3,000	109,000	,635
Позитивный эффект * Негативный эффект	Pillai's Trace	,941	1737,509(a)	1,000	109,000	,000
	Wilks' Lambda	,059	1737,509(a)	1,000	109,000	,000
	Hotelling's Trace	15,940	1737,509(a)	1,000	109,000	,000
	Roy's Largest Root	15,940	1737,509(a)	1,000	109,000	,000
Позитивный эффект * Негативный эффект* Группа	Pillai's Trace	,010	,375(a)	3,000	109,000	,771
	Wilks' Lambda	,990	,375(a)	3,000	109,000	,771
	Hotelling's Trace	,010	,375(a)	3,000	109,000	,771
	Roy's Largest Root	,010	,375(a)	3,000	109,000	,771
Негативный эффект** Уровень депрессии	Pillai's Trace	,026	2,874(a)	1,000	109,000	,093
	Wilks' Lambda	,974	2,874(a)	1,000	109,000	,093
	Hotelling's Trace	,026	2,874(a)	1,000	109,000	,093
	Roy's Largest Root	,026	2,874(a)	1,000	109,000	,093
Негативный эффект* Уровень депрессии * Группа	Pillai's Trace	,073	2,858(a)	3,000	109,000	,040
	Wilks' Lambda	,927	2,858(a)	3,000	109,000	,040
	Hotelling's Trace	,079	2,858(a)	3,000	109,000	,040
	Roy's Largest Root	,079	2,858(a)	3,000	109,000	,040
Позитивный эффект ** Уровень депрессии	Pillai's Trace	,056	6,522(a)	1,000	109,000	,012
	Wilks' Lambda	,944	6,522(a)	1,000	109,000	,012
	Hotelling's Trace	,060	6,522(a)	1,000	109,000	,012
	Roy's Largest Root	,060	6,522(a)	1,000	109,000	,012
Позитивный эффект ** Уровень депрессии * Группа	Pillai's Trace	,041	1,560(a)	3,000	109,000	,203
	Wilks' Lambda	,959	1,560(a)	3,000	109,000	,203
	Hotelling's Trace	,043	1,560(a)	3,000	109,000	,203

Продолжение таблицы 23

	Roy's Largest Root	,043	1,560(a)	3,000	109,000	,203
Негативный эффект*	Pillai's Trace	,134	16,932(a)	1,000	109,000	,000
Позитивный эффект *	Wilks' Lambda	,866	16,932(a)	1,000	109,000	,000
Уровень депрессии	Hotelling's Trace	,155	16,932(a)	1,000	109,000	,000

Негативный эффект * Уровень депрессии * Группа	Roy's Largest Root	,155	16,932(a)	1,000	109,000	,000
	Pillai's Trace	,107	4,347(a)	3,000	109,000	,006
	Wilks' Lambda	,893	4,347(a)	3,000	109,000	,006
	Hotelling's Trace	,120	4,347(a)	3,000	109,000	,006
	Roy's Largest Root	,120	4,347(a)	3,000	109,000	,006

Приложение Б

«Шкала позитивного аффекта и негативного аффекта» (ШПАНА) (адаптация методики PANAS Е.Н. Осиным).

Этот опросник состоит из перечня прилагательных, которые описывают различные чувства и эмоции. Прочитайте каждое прилагательное и отметьте рядом с ним, в какой мере Вы чувствовали себя так в течение прошедших нескольких недель. Используйте следующие варианты ответов:

Почти или совсем нет	Немного	Умеренно	Значительно	Очень сильно
1	2	3	4	5

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| 1. _____ увлеченный | 11. _____ раздраженный |
| 2. _____ подавленный | 12. _____ сосредоточенный |
| 3. _____ радостный | 13. _____ стыдящийся |
| 4. _____ расстроенный | 14. _____ вдохновленный |
| 5. _____ полный сил | 15. _____ нервный |
| 6. _____ виноватый | 16. _____ решительный |
| 7. _____ испуганный | 17. _____ внимательный |
| 8. _____ злой | 18. _____ беспокойный |
| 9. _____ заинтересованный | 19. _____ бодрый |
| 10. _____ уверенный | 20. _____ тревожный |

Приложение В

Методика «Компоненты субъективного мира личности»

Инструкция. Ответьте, пожалуйста, на представленные вопросы.

1. Какие самые ранние детские воспоминания приходят Вам на ум?
2. Расскажите, пожалуйста, о Вашем самом приятном детском опыте.
3. Расскажите, пожалуйста, о Вашем самом неприятном детском опыте.
4. Расскажите то, что Вам вспоминается из раннего детства.
5. Что для Вас было наиболее важным в младших классах школы?
6. Какое воспоминание о Вашей юности первое приходит в голову?
7. Как Вы считаете, что наиболее важное Вы вынесли из своего детского опыта?

Приложение Г

Самооценка психических состояний
Шкала депрессии Т. Зунга (АДАПТАЦИЯ Т.И.БАЛАШОВОЙ)

Инструкция. Предлагаем Вам описание различных психических состояний. В зависимости от того, подходит ли Вам это состояние, если это для Вас характерно, то поставьте галочку в соответствующей ячейке.

№ п/п	Психические состояния	Подходит	Подходит, но не очень	Не подходит
1	Не чувствую в себе уверенности.			
2	Часто из-за пустяков краснею.			
3	Мой сон беспокоен.			
4	Легко впадаю в уныние.			
5	Беспокоюсь о только воображаемых еще неприятностях.			
6	Меня пугают трудности.			
7	Люблю копаться в своих недостатках.			
8	Меня легко убедить.			
9	Я мнительный.			
10	С трудом переношу время ожидания.			
11	Нередко мне кажутся безвыходными положения, из которых можно найти выход.			
12	Неприятности меня сильно расстраивают, я падаю духом.			
13	При больших неприятностях я склонен без достаточных оснований винить себя.			
14	Несчастья и неудачи ничему меня не учат.			
15	Я часто отказываюсь от борьбы, считая ее бесплодной.			
16	Я нередко чувствую себя беззащитным.			
17	Иногда у меня бывает состояние отчаяния.			
18	Чувствую растерянность перед трудностями.			
19	В трудные минуты жизни иногда веду себя по-детски, хочу, чтобы меня пожалели.			
20	Считаю недостатки своего характера неисправимыми.			
21	Оставляю за собой последнее слово.			
22	Нередко в разговоре перебиваю собеседника.			
23	Меня легко рассердить			
24	Люблю делать замечания другим.			
25	Хочу быть авторитетом для окружающих.			
26	Не довольствуюсь малым, хочу наибольшего.			
27	Когда разгневаюсь, плохо себя сдерживаю.			
28	Предпочитаю лучше руководить, чем подчиняться.			
29	У меня резкая, грубоватая жестикуляция.			
30	Я мстителен.			
31	Мне трудно менять привычки.			
32	Нелегко переключаю внимание.			
33	Очень настороженно отношусь ко всему новому.			
34	Меня трудно переубедить.			
35	Нередко у меня не выходят из головы мысли, от которых следовало бы освободиться.			

36	Нелегко сближаюсь с людьми.			
37	Меня расстраивают даже незначительные нарушения плана.			
38	Нередко я проявляю упрямство.			
39	Неохотно иду на риск.			
40	Резко переживаю отклонения от принятого мною режима.			