

Позитивная психотерапия: эффективность междисциплинарного подхода

Karin Tritt, Thomas H. Loew, Martin Meyer, Brigit Werner and Nossrat Peseschkian

Европейский журнал психиатрии

Т. 13, №4, Октябрь-Декабрь, (231-241), 1999

Positive Psychotherapy: Effectiveness of an interdisciplinary approach

By Karin Tritt, Thomas H. Loew, Martin Meyer, Brigit Werner, Nossrat Peseschkian

The European Journal of Psychiatry, Vol. 13. No. 4, October/December, (231-241), 1999

(Russian translation by Dr. Ivan O. Kirillov, Moscow)

Ключевые слова: психотерапия, ППТ, позитивная психотерапия, транскультуральная психология

Позитивная психотерапия: эффективность междисциплинарного подхода

Karin Tritt*, Thomas H. Loew*, Martin Meyer*, Brigit Werner** and Nossrat Peseschkian**

* Университет Эрланген-Нюремберга

** Висбаденский Институт Позитивной Психотерапии, Витсбаден, ГЕРМАНИЯ

Тезис- позитивная психотерапия (ППТ) является формой краткосрочной психотерапии основанной на транскультуральной психологии и принятой уже в 15 странах. В статье представлены первые результаты исследований эффективности позитивной психотерапии. Длительное исследование пациентов, проходивших лечение, по методу ППТ показали не только значительное ослабление симптомов, но и улучшение самочувствия и поведения, по сравнению с контрольной группой, в которой не наблюдалось значимых изменений. Дополнительное кросссекционное сравнение групп, в которых проводились измерения, при длительной оценке пациентов ППТ и других групп, подвергнутых продолжительной оценке, не показало значительных изменений полученных результатов. Эти результаты рассматриваются как показатель продолжительно стабильности терапевтического эффекта ППТ.

Представление

Позитивная психотерапия (ППТ)- форма краткосрочной психотерапии, основанной на транскультуральной психологии (см. Peseschkian 1982, 1986, 1987). В то время как применение большинства психотерапевтических методов лимитировано социальной спецификой (индивидуумы со специфическими диагнозами и/или достаточными языковыми способностями особые социальные классы или специфические (суб-) культуры), позитивная психотерапия претендует на применимость к различным симптомам и культурным условиям. В поисках решения проблем, появляющихся в транскультуральных столкновениях, и желая усовершенствовать психотерапевтические методы, Носсрат Пезешкиан, основатель позитивной психотерапии, сфокусировался на ответе на следующие два вопроса: Что у всех людей общего? Чем они различаются? Этот межкультурный анализ привёл к тому, что Пезешкиан сформулировал так называемые «АКТУАЛЬНЫЕ СПОСОБНОСТИ», охватываемые инвентарём (вопросником) из 19 биполярных содержаний конфликтов (см. Пезешкиан, Дайденах, 1988). Этот метод даёт возможность обращения к концепциям, нормам, ценностям, поведенческим моделям, мотивам и точкам зрения, приемлемым в родительской культуре, и поэтому влияющих на социализацию индивида. Нет нужды говорить, что индивидуальные отклонения от этих норм (как и их значение для индивида) так же могут быть обсуждены в этом контексте. Этот инвентарь позволяет не только проводить систематическое исследование содержаний индивидуального воспитания и образования, но и идентифицировать индивидуальные внутренние конфликты и его/её конфликты с другими людьми. Транскультуральное сравнение и другие техники позволяют увидеть относительность содержательных областей, относящихся к конфликтам, и проработать их. Это обычно влияет на изменение перспективы пациента, что становится основой дальнейшей терапевтической работы.

В 1995 г основатель ППТ Носсрат Пезешкиан и другие позитивные психотерапевты начали разработку батареи тестов для нового подхода, с целью интегративной оценки качества в повседневной терапевтической рутине. Кроме того, данные, собранные во время этих исследований, должны были быть использованы для оценки эффективности (см. Seligmann 1995) ППТ. Несколько немецких учёных из нескольких университетов участвовали в этом проекте¹. Эта статья представляет структуру исследования и первую оценку эффективности ППТ, которые являются результатом первой фазы этого продолжающегося проекта. В то время как многие факторы, относящиеся к оценке качества (обычно сконцентрированные на изучении отдельного случая) игнорируются, в этой работе подчёркиваются аспекты, относящиеся к изучению эффективности, базирующиеся на групповой оценке. В настоящее время группа позитивных психотерапевтов, использующая этот подход к оценке качества, накапливает данные. Эта процедура должна привести к формированию значительного количества фактов, позволяющего провести более широкую статистическую оценку различных аспектов ППТ.

Структура исследования

Два метода были утверждены для оценки эффективности психотерапевтических интервенций: исследование эффективности и исследование действенности (Seligmann 1995, Howard, Moras, Martinovich & Lutz 1996, Roth & Fonagy 1966). Исследование эффективности следует классической экспериментальной методике «одинарной слепой» оценки: пациенты, удовлетворяющие критериям единственного диагностированного расстройства (исключаются пациенты с множественными расстройствами), случайный подбор пациентов в различные группы, фиксированное число терапевтических сессий, стандартизация терапевтической процедуры, контроль так называемых неспецифических эффектов и т.д. Исследование действенности, с другой стороны, исследует эффекты психотерапевтического лечения в актуальных условиях практики. Поскольку повседневная терапевтическая практика является в этом подходе объектом исследования, чем меньше исследователю приходится вмешиваться (контролировать различные вариации в исследовании эффективности), тем лучше. В то время как многие исследователи пришли к заключению о том, что исследования эффективности являются «золотым стандартом» для измерения воздействия психотерапии, некоторые обзоры в последнее время указывают на различные критичные моменты (Seligmann 1995, Howard, Moras, Brill, Marinovich & Lutz 1996, Roth & Fonagy 1996), особенно относящиеся к ограниченной возможности перенесения результатов этих исследований на актуальные условия повседневной клинической практики. Хотя мы считаем, что каждая методика имеет свои преимущества и недостатки, будучи заинтересованными в изучении воздействия ППТ в практике, мы решили применить методику, которая соответствует действенности подхода.

1. Примечание автора: Мы хотим поблагодарить других учёных, вовлечённых в этот проект: Prof. Dr. med. K. Jork, Frankfurt; S. Peseschkian, Wiesbaden; Prof. DR.med. Kick, Heidelberg, Dr. med. H. Peseschkian, Moscow; Prof. Dr. med. U.Gela, Bad Ems; Dr. md. H. Rothke, Hunfeld; Dr. med. A. Remers, Ortenberg.

Описание модели

(схемы) исследования

Терапевты

Изучение эффективности метода ППТ требует подтверждения того, что участвующие терапевты демонстрируют высокую степень идентификации с методом (Grawe, Donati & Bernauer 1994). Было предположено, что члены Германской Ассоциации позитивной

психотерапии в значительной степени идентифицируют себя с методом. Поэтому их попросили добровольно принять участие в этом исследовании.

Из 32 коллег, принявших участие в этой первой фазе исследования, 23 терапевта, обучены позитивной психотерапии (15 врачей, 3 психолога и 4 специалиста в области образования и 1 не относится ни к одной из этих категорий), которые работают в Германии в частной практике или клиниках и госпиталях, захотели и были способны документировать и оценить свою психотерапевтическую практику. Средний возраст терапевтов составил 45,1 лет ($sd=7.7$); $n=15$ (65.2%) терапевтов были мужчины и $n=8$ (34.8%) - женщины. Их средний терапевтический опыт составил 7.68 лет ($sd=7.42$).

Пациенты

Объектом этой первой стадии исследования ($N=402$) были люди с различными психиатрическими, психосоматическими и «соматическими» расстройствами, диагностированными по ICD-10, согласно с первым полученным диагнозом.

$N=117$ пациентов (23.6%) страдали от депрессивных диагнозов, $n=80$ пациентов (19.8%) с тревожными расстройствами, $n=85$ (21.2%) с соматоформными расстройствами, $n=83$ (20.5%) с расстройствами адаптации, $n=23$ (8.2%) с расстройствами личности, $n=7$ (3.4%) с расстройствами, связанными с субстанциями, и $n=7$ (3.4%) с различными соматическими диагнозами. Средняя продолжительность терапии для $n=331$ пациентов, которые лечились с помощью ППТ составила 30.5 сессий ($sd=19.3$).

В то время, когда одна группа пациентов оценивалась в процессе, для другой группы была проведена только последующая продолжительная ретроспективная оценка (смешанный продолжительный и кросс секционный дизайн):

1. проспективная оценка

Следующие критерии исключения были применены в этой части исследования: а) недостаточное знание немецкого языка,

б) пациенты, страдающие от психических заболеваний, вызванных органическими синдромами поражения мозга,

в) отсутствие диагноза по ICD-10,

г) субъекты в активно психотической фазе

В проспективной части исследования различные группы субъектов (пациенты и контрольная группа) дважды получали батарею вопросников, описанную ниже.

А. Пациенты, лечёные по методу ППТ получили батарею вопросников в начале и в конце терапии (пре и после- оценка с целью регистрации изменений, вызванных терапией).

Как уже было сказано, это исследование фокусировалось на вопросе о том, является ли ППТ эффективной в естественных терапевтических условиях. Поэтому, вместо того, чтобы случайно подбирать пациентов в экспериментальную или контрольную группы, участвующие психотерапевты включили всех новых пациентов, начавших терапию после того, как терапевт согласился участвовать в исследовании (с января 1996) по март 1997 г. Когда накопилось значительное количество данных ($n=110$ пациентов), началась оценка первой фазы проекта.

Б. Контрольная группа состояла из всех пациентов, участвовавших терапевтов, имевших психиатрические диагнозы, которые не могли лечиться немедленно (недостаток времени и/или терапевтов) и поэтому находились в листе ожидания терапевтического лечения. По аналогии с пре- и пост- измерениями у пациентов ППТ, этим пациентам было предложено заполнить тесты второй раз через три-четыре месяца после первого обследования. Между этими обследованиями не проводилось никакого психотерапевтического лечения. Эта группа состояла из $N=54$ пациентов.

Дополнительная контрольная группа ($N=17$) состояла из пациентов с «чисто соматическими» диагнозами, которым так же не проводилось психотерапевтическое лечение, но по мнению терапевтов такая помощь требовалась.

С помощью вовлечения этих двух групп мы можем контролировать в дальнейших фазах этого проекта а) Есенкский аргумент о спонтанном выздоровлении психиатрических пациентов (независимо от терапии) и б) другие неспецифические эффекты, вызванные специальным вниманием. Поскольку в основной и двух контрольных группах не удалось обнаружить значительной разницы (X^2 -тест), относящейся к возрасту, полу и диагнозам (за исключением относительного преобладания мужчин в соматической контрольной группе по сравнению с двумя другими группами и большего количества соматических диагнозов во второй контрольной группе), две контрольные группы были совмещены и сравнивались с пациентами, лечёнными ППТ.

II. Ретроспективная оценка

В дополнение к критериям исключения использованным для проспективной оценки, пациенты включались в ретроспективную часть исследования, когда WIPPF вопросник (смотри ниже) был заполнен, во время терапии и была доступна экстенсивная документация по случаям.

Единственная оценка пациентов ППТ была произведена для этой ретроспективной части в различные временные периоды после того, как лечение было закончено, для кросс-секционного сравнения оценок и после- оценок проспективно оцененных пациентов ППТ. Поскольку было выявлено, что измеренная эффективность некоторых терапевтических школ очень отличается по истечении некоторого времени и что измеренная эффективность так же зависит от периода последующих исследований (Grawe, Caspar & Ambuhl 1990), данные собирались в следующие ретроспективные периоды времени:

1. ретроспективная группа (N=84): 3-10 месяцев после окончания психотерапии.
2. Ретроспективная группа (N=91): 1- месяцев- 4 года после окончания терапии
3. Ретроспективная группа (N=46): 4-5 лет после окончания терапии

Ретроспективная батарея тестов состояла из тех же измерительных инструментов, что и немедленная после- оценка проспективно исследованных групп.

Критерии выбора тестов

Тестовый инструментарий, используемый в исследовании должен соответствовать требованиям исследования качества и эффективности. Следующие критерии были установлены для выбора тестов:

- 1) понятие «здоровье/болезнь» было соотнесено с несколькими различными гранями (Biefang 1980, Schulte 1993). Чтобы охватить различные измерения этой концепции, отбор инструментария базировался на биопсихосоциальной модели психической болезни (Engel 1980), которая предполагает оценку на биологическом уровне (симптомы), психологическом уровне (особенности личности) и социальном уровне (межличностные навыки) (Lutz 1993).
- 2) Инструменты, используемые для оценки качества требуют высокой степени приятия со стороны пациентов и терапевтов. Для этого инструменты должны быть экономичными, быстрыми и простыми в заполнении/подсчёте/оценке и при этом нести достаточно информации релевантной для диагностики статуса и процесса, которая в свою очередь может быть использована для терапевтического процесса (Ovretveit 1992).
- 3) Поскольку пациенты с различными синдромами лечатся ППТ (Peseschkian 1993), применяемые инструменты должны так же охватывать различные симптомы, вместо того, что бы подходить только для специфической оценки отдельных синдромов, таких как тревожность и депрессия.
- 4) Использование широко принятых психометрических инструментов, подходящих для обмена оценками, способствует сравнению результатов исследований эффективности и/или исследований действенности (Schulte 1993). Поэтому

рекомендации Grawe по стандартизации психотерапевтической документации (Grawe & Braun 1994) были в общем соблюдены, особенно в отношении инструментов, релевантных для исследования эффективности).

Набор тестов

В соответствии с этими четырьмя критериями были выбраны следующие тесты:

- 1) Изначальный статус и изменения различных симптомов (девять шкал: соматизация, абсессия/компульсия, межличностная чувствительность, депрессия, тревожность, злость-враждебность, фобическая тревожность, параноидные идеи и психотичность), тяжесть глобальных симптомов, дистресс позитивных симптомов и общее количество симптомов (на пациента) были измерены с «Сверочным листом симптомов» (Symptom-Check-List SCL-90-R) Дерогатиса (Derogatis) (нем. перевод Franke 1995).
- 2) Вопросник изменений чувств и поведения (Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV)) от Zielke & Kopf-Mehnert (1976) является стандартным инструментом в немецко-говорящих странах, создан клиент-центрированными терапевтами специально для оценки изменений, вызванных терапией. В конце терапии, пациент ретроспективно опрашивается с целью оценки изменений, произошедших между началом и окончанием терапии в отношении его/её чувств и поведения. Результаты основываются на биполярной шкале «расслабление, безопасность и напротив напряжение, незащищённость, пессимизм».
- 3) Гиссенский тест (ГТ) (Beckmann, Brahler & Richter (1990)) является личностным вопросником, обычно используемым в немецко-говорящих странах, и может использоваться так же для оценки терапевтических эффектов. Он состоит из шести биполярных шкал: социальный резонанс, доминирование, контроль, базовое настроение, проницательность и социальные способности.
- 4) Висбаденский инвентарь позитивной психотерапии и семейной терапии (Wiesbadener Inventar zur Positiven Psychotherapie und Familientherapie (WIPPF)) (Peseschkian & Deidenbach (1988)) является личностным вопросником основанным на теории ППТ. Этот инструмент позволяет оценить так называемые «первичные и вторичные способности», которые представляют потенциальные области конфликта (19 шкал), типичные паттерны реакций на конфликт (4 шкалы) и типичное влияние родительской модели (4 шкалы). Это первичное диагностическое средство ППТ обычно назначается в начале терапии с тем, чтобы идентифицировать области личностных проблем.
- 5) Вопросник ICP локуса контроля (ICP-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen (ICP)) (Kampfen 1981) основан на классической концепции «локуса контроля» и состоит из 3 шкал: а) внутренний контроль, т.е. общее убеждение в наличии самоконтроля над своей судьбой; б) внешний контроль, т.е. общее убеждение в контролируемости другими в социальных ситуациях; в) фатализм, т.е. общее убеждение, что человек не способен повлиять на свою судьбу (эта шкала ограничивается несоциальными ситуациями). Данный инвентарь был предназначен для дифференциации эффектов некоторых терапевтических школ (Grawe, Caspar & Ambuhl 1990)
- 6) Немецкая версия Инвентаризации межличностных проблем (ИП-D) (Horowitz, Shtraus & Kordy 1994) использовалась (вместе с такими же шкалами выше описанных вопросников) для оценки индивидуально уровня социального функционирования. Межличностное поведение, с которым личность испытывает трудности или которое он/она чрезмерно демонстрирует выявляется с помощью этого инструментария, состоящего из 9 специфических и 1 общей шкалы.
- 7) В начале ППТ пациент и терапевт достигают соглашения по 3-4 целям, которые необходимо исследовать в ходе терапии. Для воспроизводимого процесса диагностики был создан специфический вопросник ранжирования достигнутых целей (GAS), который охватывает эти цели. Пациенту предлагалось оценить, насколько ближе он/она стал/а к каждой из его/ее индивидуальных целей по шкале Лайкерта. Используя такого рода

диагностику процесса, пациент и терапевт постоянно обращаются к терапевтическим целям.

- 8) Белефельдский список опыта клиентов (Bielefelder Klienten Erfahrungs-Bogen (ВІКЕВ)) (Hoger, 1993) – это вопросник самоконтроля для пациентов, который также используется как инструмент процессуальной диагностики, который дает терапевту обратную связь в отношении того, как пациент переживает качество терапевтических сессий и терапевтических отношений (6 шкал: налаживание отношений с терапевтом, налаживание отношений с собой, опыт изменений, степень испытываемой защищенности и доверия, степень испытываемого покоя, испытываемое телесное расслабление или усталость). Этот тест использовался также в модифицированной форме, чтобы охватить те же темы, что и оригинальный ВІКЕВ, но вместо того, чтобы оценивать последнюю сессию, пациенту предлагалось оценить всю терапию. Таблица показывает, когда предлагался каждый из вопросников.

Целевая вариабельность для демонстрации эффективности

С использованием выше описанной батареи тестов было накоплено большое количество данных по 69 различным шкалам. Поэтому необходимо определить специфические вариации как целевые, поскольку демонстрация эффективности требует «улучшения» этих специфических вариаций. Имея ввиду симптоматическую гетерогенность нашего исследования, представляется целесообразным сфокусироваться на значительном «уменьшении симптомов» и существенном развитии «изменений в опыте и поведении пациентов в процессе терапии». Целевая вариабельность была определена согласно «общему индексу тяжести» (Global Severity Index) SCL-90-R, который отражает степень общего психического дистресса и общему баллу VEV.

Таблица 1
Время применения тестов

тест	До терапии ¹	Каждые 4 сессии	После терапии ²	4-10 мес. После терапии*	10 мес-4 г. после терапии*	4-5 лет после терапии*
SCL-90-R	X		X	X	X	X
VEV			X	X	X	X
GT	X		X	X	X	X
WIPPF	X		X	X	X	X
IPC	X		X	X	X	X
PP-D	X		X	X	X	X
GAS		X ³	X ³	X ³	X ³	X ³
ВІКЕВ		X ³	X ^{3,4}	X ^{3,4}	X ^{3,4}	X ^{3,4}

1- повторное обследование; 2- отсроченное исследование; 3- не применяется к контрольной группе; 4-модифицированная форма; * в первой стадии исследования для каждой группы последующего исследования использовалась разная модель (кросс-секционный дизайн)

Результаты

Прежде, чем преступить к вычислению значительности эффекта, для статистического анализа допустимой вариабельности были проведены различные сравнения (t-тест) между проспективно оцененными пациентами ППТ и контрольной группой (Hendges 1982).

SCL-90 продемонстрировал очень большое ослабление симптомов ($p=.000$) при сравнении пре- и после- измерений у пациентов ППТ по индексу общей тяжести (Global

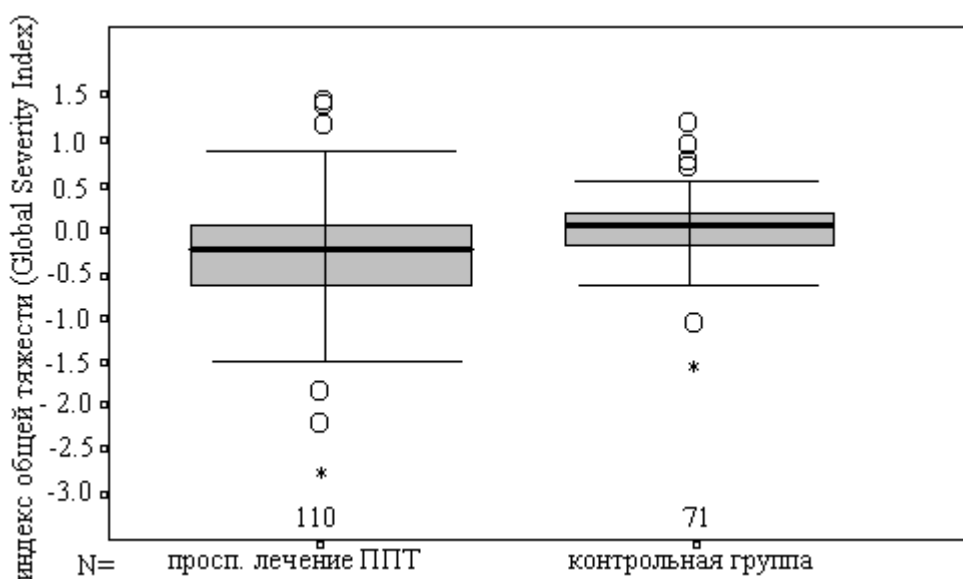
Severity Index). При сравнении, как и ожидалось, выяснилось, что в контрольной группе не произошло изменений ($p=.05$) (рис.1).

Кроме того, при сравнении изменений у пациентов ППТ и контрольной группы были выявлены существенные различия ($p=.002$) в пользу пациентов ППТ. Значение эффекта составило $e=0.476$.

VEV использовался для определения индуцированных терапией изменений в области субъективного опыта и поведения. Этот очень чувствительный вопросник использовался в измерениях после терапии для проспективно обследованных пациентов ППТ и контрольной группы и в последующем сборе ретроспективных данных. Сравнение балла VEV пациентов ППТ и контрольной группы продемонстрировало крайне значительную разницу результатов ($p<.0005$), что даже превосходит значение эффекта $e=1,24$. Как и ожидалось, результаты пациентов ППТ показали значительное улучшение их состояния (рис.2).

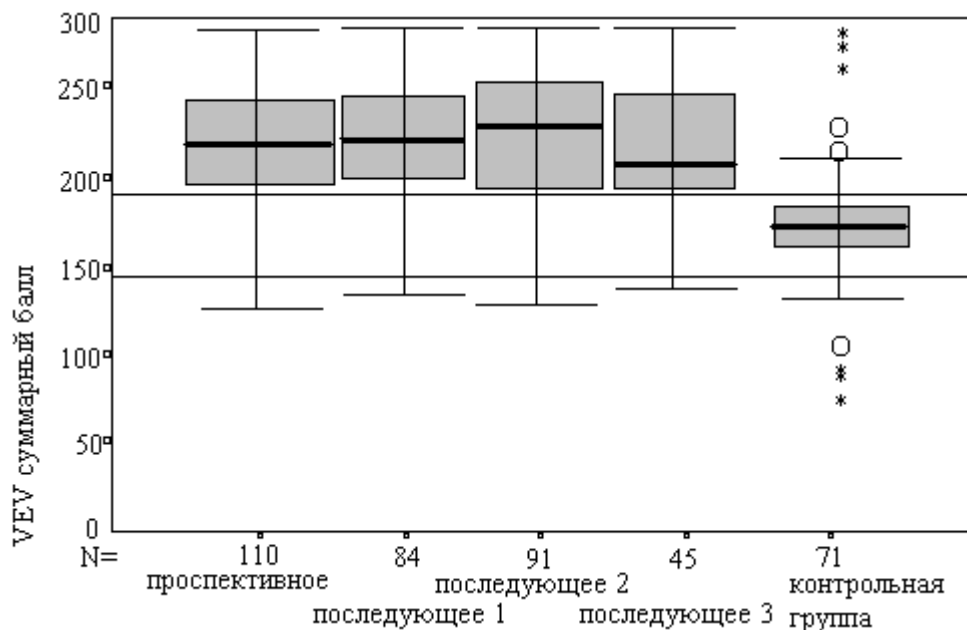
Оценивая стабильность изменений наступивших сразу после терапии в рамках более длительного периода времени, последующие оценки проспективно обследованных пациентов ППТ и результаты 3 различных ретроспективных оценок пациентов ППТ были подвергнуты кроссекционному сравнению. Не было выявлено значительной разницы ($p=.05$) между немедленными, отсроченными и ретроспективными результатами ни по VEV ($F=1.179$) ни по БСД-90 ($A=2.473$). Это может рассматриваться как показатель стабильности терапевтического эффекта (табл. 2)

Рис.1. SCL-90-R. Различия между пре- и после- исследованием



* суммарный балл: в среднем 0.0= нет изменений между 1 и 2 обследованием: балл < 0= улучшение

Рис2. VEV сравнение изменений



* суммарный балл: < 148= негативные изменения; балл от 148-188= без изменений; балл > 189= улучшение

Табл 2.

Таблица результатов

Группа	N=	VEV, среднее	VEV, станд.	SCL-90-R средн.: до/после терапии +	SCL-90-R станд.: до/после терапии +
Группа проспективного лечения	110	215.39	34.55	1.16/0.83 (-.33)++	0.69/0.66 (0.64)++
Ретроспектива: основная группа: 3-10 мес.	84	215.87	33.15	/0.68	/0.56
Ретроспектива: основная группа: 10 мес.-4г.	91	224.24	40.03	/0.63	/0.51
Ретроспектива: основная группа: 4-5 лет	45	217.14	39.02	/0.66	/0.55

Перспективная контрольная группа	71	172.90	34.15	0.88/0.81 (-.06)++	0.53/0.58 (0.40)++
----------------------------------	----	--------	-------	-----------------------	-----------------------

+ Респективное 1-е/2-е обследование контрольной группы

++ (средняя индивидуальная разница между 1-м и вторым измерением)

Дискуссия и выводы

Основной целью этого исследования было оценить эффективность ППТ в условиях повседневной практики (Seligman 1995, Howard и др. 1996) среди клиницистов ППТ, работающих в Германии. Согласно выбранному дизайну, который фокусировался на видимой достоверности и попытке доказать применимость результатов к другим терапевтам, терапевтическим условиям и группам пациентов, находящихся в общем культурном контексте. Эта процедура может контрастироваться случайными клиническими наблюдениями (исследования эффективности), которые оптимизируют внутреннюю достоверность исследования, но ограничивают возможность обобщений. Поскольку метод ППТ применялся для лечения различных расстройств, а в исследование были включены пациенты с различными диагнозами, было предложено использовать вопросники, охватывающие разнообразные симптомы, вместо более специфических тестов описывающих специфические синдромы.

В то же время подтверждение клинических моментов, относящихся к эффективности и планированию последующего анализа клинической значимости наших результатов (Jacobson & Truax 1991), нам представляется целесообразным сравнение размера эффекта достигнутого нами с результатами других исследований.

В своих всеобъемлющих исследованиях терапевтических школ, Граве, Донати и Бернауер (Grave, Donati & Bernauer 1994) обобщают результаты метаанализа различных исследований результатов психотерапии. Средний размер эффекта, приводящийся в этих исследованиях для динамических/гуманистических видов терапии варьирует от $e=0.29$ (Nicholson & Berman 1983 по Grawe, Donati & Bernauer 1994) до $e=0.64$ (Smith и др. 1980); для бихевиоральных/когнитивных видов терапии средний размер эффекта варьирует от $e=0.75$ (Nicholson & Berman 1983) до $e=1.08$ (Shapiro & Shapiro 1983). В нашем исследовании эффективности мы обнаружили размер эффекта $e=1.24$ по VEV (относящемся к индуцированным терапией изменениям в субъективном переживании и поведении) и $e=0.476$ по списку симптомов SCL-90-R для пациентов, лечёных ППТ.

Оценивая результаты бихевиоральной/когнитивной психотерапии, следует иметь в виду, что эти исследования обычно фокусируются на относительно гомогенных моделях (специфические расстройства, диагнозы), которые позволяют применять более специфицированные вопросники. Использование вопросников, сконструированных для оценки специфических синдромов и гомогенных моделей (уменьшение вариаций) в свою очередь имеет тенденцию к увеличению наблюдаемого размера эффекта. Применение более общих вопросников (и индексов), которые необходимы для оценки столь гетерогенного контингента, как тот, что участвовал в нашем обследовании, влечёт за собой появление разнообразия данных, которые часто не подходят для более или менее большей части моделей, и высокой степени вариабельности (Jacobson & Truax 1991).

Следует выделить ещё один момент в пользу позитивной психотерапии, а именно, её краткосрочность. Средняя продолжительность лечения пациентов, вовлечённых в исследование, составила 30,5 часов.

В заключении мы приходим к выводу о том, что в первой фазе этого исследования были продемонстрированы значительные результаты терапии пациентов, страдавших от различных симптомов, методом позитивной психотерапии, применявшимся в естественных терапевтических условиях в Германии.

Ссылки

BECKMAN, D., BRAHLER, E. & RICHTER, H.E.

Giessen-test (GT). Gottingen, Bern: Testzentrale. 4. Auflage, 1990

BIEFANG, S. Evaluationsforschung in Medizin und Gesundheitswesen. In: BIEFANG, S. (Ed.)

Evaluationsforschung in der Psychiatrie. Stuttgart: Enke, 1980

ENGEL, G.L. The clinical application of the biopsychosocial model. American Journal of Psychiatry, 137, 535-544, 1980

FRANKE, G. SCL-90R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Gottingen, Bern: Testzentrale, 1995.

GRAWE, K. & BRAUN, U. Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 23 (4), 242-267, 1994

GRAWE, K., CASPAR, F. & AMBUHL, H. Die Berner Therapievergleichsstudie: Wirkungsvergleich und differentielle Indikation. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Band XIX (4), 338-361, 1990 a.

GRAWE, L., CASPAR, F. & AMBUHL, H. Die Berner Therapievergleichsstudie: Fragestellung und Versuchsplan-. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Band XIX (4), 292-315, 1990 b.

HEDGES, L.V. Estimation of effect size from a series of independent experiments. Psychological Bulletin, 92, 490-499, 1982.

HÖGER, D. Entwicklung und Überprüfung des Bielefelder Klientenerfahrungsbodens (BIKEB). Unveröffentlichter. Forschungsbericht. Universität Bielefeld, 1993.

HOROQITZ, L.M., STRAUB, B. & KORDY, H. Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme (Deutsche Version)(IIP-D). Gottingen, Bern: Testzentrale, 1994.

HOWARD, K.I., MORAS, K., BRILL, P.L., MARTINOVICH, Z. & LUTZ, W. Evaluation of Psychotherapy. Efficacy, Effectiveness, and Patient Progress. American Psychologist, 15.1059-1064, 1996

JACOBSON, N.S. & TRUAX, P. Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59,12-19, 1991.

KRAMPEN, G. IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen (IPC). Gottingen, Bern: Testzentrale, 1981/

LUTZ, W. Qualitätssicherung stationärer Psychotherapie. Entwicklung und Implementierung eines Prototyps. Diplomarbeit am Psychologischen Institut der Universität Heidelberg, 1993.

ØVRETVÆRIT, J. Health Service Quality. An Introduction to Quality Methods for Health Service. Oxford: Blackwell Science. 1992

PESECHKIAN, N. Oriental Stories as Tools in Psychotherapy. The Merchant and the Parrot. 2nd ed. Berlin, New York: Springer Verlag, 1982.

PESECHKIAN, N. Positive Familytherapy. The Family as Therapist. Berlin, New York: Springer Verlag, 1986

PESESCHKIAN, N. Positive Psychotherapy. Theory and Practice of a New Method. Berlin, New York: Springer Verlag, 1987

PESESCHKIAN, N. Psychosomatik und Positive Psychotherapie. Transkultureller und interdisziplinärer Ansatz am Beispiel von 40 Krankheitsbildern. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1993.

PESESCHKIAN, N. & DEIDENBACH, H. Weisbadener Inventar zur Positiven Psychotherapie und Familientherapie (WIPPF). Berlin, Heidelberg, New York: Springer, Verlag, 1988

ROTH, A. & FONAGY, P. What works for whom? A Critical Review of Psychotherapy Research. New York, London: Guilford Press, 1996.

SCHULTE, D. Wie soll Psychotherapieerfolg gemessen werden. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 22, 374-393, 1993.

SELIGMANN, M.E.P. The Effectiveness of Psychotherapy. The Consumer Reports Study. American Psychologist. 50, 965-974, 1995.

SHAPIRO, D. & SHAPIRO, D. Comparative therapy outcome research: Methodological implications of metaanalysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 51, 42-53, 1983.

SMITH, M.L., GLASS, G.V. & MILLER, T.I. The benefits of psychotherapy. Baltimore: John Hopkins University Press. 1980.

ZIELKE, M. & KOPF-MEHNERT, C. Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV). Göttingen, Bern: Testzentrale, 1976

Адрес автора:

Dr. Karin Tritt & PD Dr. Th. Loew, Dept. of Psychosomatics, University of Erlangen-Nuremberg, Schwabachanlage 6-10, D-91054 Erlangen, GERMANY

Dr. Nossrat Peseschkian, Wiesbaden Academy of Psychotherapy, Langgasse 38-40, 65183 Wiesbaden, Germany, Tel. +49-611-373707, Fax: +49-611-39990,

E-mail: icpp.headoffice@t-online.de

Website: www.positive-psychotherapy.de (English and Russian), www.wiap.de (German)