

ДОКАЗИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЮНГІАНСЬКОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ: ОГЛЯД ЕМПІРИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ¹

Крістіан Рослер, доктор наук, професор,
Католицький університет прикладних наук, м. Фрайбург, Німеччина,
факультет психології,
Університет Базеля, м. Базель, Швейцарія

EVIDENCE FOR THE EFFECTIVENESS OF JUNGIAN PSYCHOTHERAPY: A REVIEW OF EMPIRICAL STUDIES

Christian Roesler, Dr. hab., Professor,
Catholic University of Applied Sciences, Freiburg, Germany,
Faculty of Psychology,
University Basel, Basel, Switzerland
<https://orcid.org/0000-0003-3271-5521>
christian.roesler@kh-freiburg.de

Вступ. Юнгіанську психотерапію давно звинувачують у тому, що це метод не надає жодних емпіричних доказів своєї ефективності. На початку 1990-х років були опубліковані перші мета-аналізи емпіричних досліджень, що вивчають ефективність психотерапії. Після цього декілька дослідників стверджували, що досліджень, які вивчали б ефективність юнгіанської психотерапії, не було, й тому її слід виключити зі сфери психотерапії. Це спонукало декілька юнгіанських навчальних інститутів, а саме в Цюриху, Берліні та Сан-Франциско, розробити перші емпіричні дослідження в галузі юнгіанської психотерапії. Здебільшого в Німеччині та Швейцарії були проведені перспективні, натуралістичні дослідження результатів і ретроспективні дослідження з використанням стандартизованих інструментів і даних медичного страхування, а також декілька якісних досліджень аспектів психотерапевтичного процесу. Результати цих досліджень будуть узагальнені та критично розглянуті в цій статті.

В емпіричних дослідженнях існує диференціація між різними рівнями досліджень, що описано в «Довіднику з психотерапії та зміни поведінки» (Lambert, 2004). Найвищим рівнем або «золотим стандартом» є рандомізоване контрольоване випробування (РКВ) з експериментальною й контрольною групою та рандомізованим розподілом учасників по групах. Лише РКВ можуть довести дієвість методу психотерапії, що означає, що вплив на пацієнтів є результатом самого методу (а не жодних інших екстра-терапевтичних факторів; це еквівалентно терміну «внутрішня валідність»). Загалом як доказ дієвості певного методу психотерапії приймаються лише РКВ. Однак останніми роками ведеться дискусія щодо валідності РКВ, оскільки їхня внутрішня валідність висока, але зовнішня валідність (застосовність до повсякденної практики) є низькою (Westen & Morrison, 2001). Декілька дослідників висунули аргументи на користь натуралістичних перспективних досліджень результатів, які проводяться в межах повсякденної практики й тому набагато більш застосовні в реальних умовах. Декілька юнгіанських досліджень використовували цей метод. Взагалі перспективні дані є більш достовірними, ніж ретроспективні. Незважаючи на те, що у двох описаних нижче юнгіанських дослідженнях застосовувалася ретроспективна структура, вони забезпечили високий рівень валідності завдяки ретельно продуманій структурі.

Огляд юнгіанських емпіричних досліджень.

Перспективні натуралістичні дослідження результатів:

– Praxisstudie Analytische Langzeittherapie (PAL) Schweiz (Натуралістичне дослідження аналітичної довготривалої психотерапії в Швейцарії) (Mattanza, Jakobsen & Hurt, 2006; Rudolf et al., 2004);

– Проект досліджень психотерапії в Сан-Франциско (Rubin & Powers, 2013);

– PAP-S – Натуралістичне дослідження амбулаторної психотерапії в Швейцарії (Tschuschke et al., 2010).

Кагамнестичні / ретроспективні дослідження:

– Берлінське юнгіанське дослідження (Keller et al., 2007);

– Konstanz Study – дослідження за відгуками німецьких споживачів (Breyer, Heinzel, & Klein, 1997).

Дослідження невеликої вибірки й окремих випадків:

– Юнгіанської пісочної терапії (Tavares, 2002), психосоматичних розладів (Muller, 2001; Yoshika, 2002), інтеграції тінювих аспектів (Kleeberg, Schreiber & Schwinger, 2003).

Якісні дослідження та дослідження процесу:

– Теорії комплексів (Heisig, 2001), методу інтерпретації зображень (Krapp, 1997).

1. Praxisstudie Analytische Langzeittherapie (PAL) Schweiz (Цюрих) – Натуралістичне дослідження аналітичної довготривалої психотерапії в Швейцарії

Група дослідників із Цюрихського інституту Юнга взяла участь у великому німецькому дослідженні довготривалої аналітичної психотерапії (Rudolf et al., 2004), що проводилося Гайдельберзьким університетом, і застосувала розроблену структуру дослідження. Структура представляла собою натуралістичне перспективне дослідження результатів, що означає, що за терапевтами та пацієнтами спостерігали з самого початку терапії у звичайному повсякденному контексті (без контрольної групи). Представниками юнгіанської психотерапії в Швейцарії були відібрані двадцять шість терапевтів і їхніх пацієнтів, загалом 37 випадків. П'ятдесят сім відсотків цих пацієнтів страждали на депресивні розлади, а через те, що в 47% пацієнтів були діагностовані розлади особистості, ця вибірка мала високу тяжкість хвороби. Середня тривалість терапії становила 35 місяців, у середньому 90 сесій, що еквівалентно терапії з низькою частотою. Це було реалістично репрезентативною вибіркою для юнгіанської терапії в Швейцарії.

Застосовувалися три різні погляди: дослідників, терапевтів та самих пацієнтів. На кожному рівні було використано набір об'єктивних вимірювань і самозвітів.

1.1. Дослідники

Операціоналізована психодинамічна діагностика (ОПД), юнгіанська адаптація (Junghan, 2002): ОПД – це

¹ Переклад – Ганна Стембковська

Фахова редакція – Валентина Самусь

складна сукупність вимірювань, яка систематизує й операціоналізує психоаналітичні діагностичні інтерв'ю, наприклад, типи несвідомих конфліктів, зрілість структури особистості (его) тощо. Для дослідження PAL була здійснена адаптація до теоретичних концепцій Юнга (наприклад, теорії комплексів).

Психодинамічні фокуси (два інтерв'ю): фокус означає основні несвідомі конфлікти (наприклад, прив'язаність проти автономії), виявлені за допомогою ОПД, які опрацьовувалися в аналізі.

Зміни в структурі особистості (Heidelberger Umstrukturierungsskala): вимірює зміни в рівнях зрілості функцій особистості / его, виявлені за допомогою ОПД.

Терапевтичний альянс і перенесення (SGRT: spontane gefühlshafte Reaktion, TAB: therapeutische Arbeitsbeziehung): зовнішній рейтинг якості та характеру терапевтичних стосунків, робочого альянсу та перенесення.

Міжособистісні проблеми (Опитувальник щодо міжособистісних проблем, Interpersonal Problems Inventory – IP).

Зміни в життєвій поведінці (інтерв'ю в межах дослідження).

1.2. Терапевти

Фізичні та психологічні симптоми:

Оцінка тяжкості симптомів (Beeinträchtigungsschwereskala, BSS): вимірює погіршення стану пацієнта через симптоми.

Рейтинги стану та процесу:

МКХ 10 (Міжнародна класифікація хвороб, розділ 10 «Психологічні розлади») – діагностика.

1.3. Пацієнти

Психологічні та міжособистісні симптоми:

– контрольний список 90 симптомів, оновлена версія (SCL-90-R), найпоширеніша клінічна оцінка в дослідженнях психотерапії;

– показник психологічних / соціальних / комунікативних компетенцій (PSKB-Se-R);

– опитувальник щодо міжособистісних проблем (Interpersonal Problems Inventory – IP);

– особистісний опитувальник Trier Personality Inventory (TFI);

– дані медичного страхування (звернення за медичними послугами, відвідування лікарів первинної ланки медичної допомоги, дні в лікарні тощо).

1.4. Результати

Термін «розмір ефекту» описує вплив методу терапії на переміщення вибірки пацієнта із зони розладу в область нормального здоров'я.

Дослідники:

– Позитивна реструктуризація особистості пацієнта, розмір ефекту: 0,94.

– Позитивні зміни в повсякденному житті, дуже високий розмір ефекту: 1,48.

Терапевти:

– Глобальний рейтинг результатів позитивний або дуже позитивний для 75% терапій.

– Економічна ефективність добра, дуже добра або максимальна для 55% терапій.

Пацієнти:

– Глобальний індекс тяжкості (глобальний показник SCL-90-R) зменшився дуже значно, дуже високий розмір ефекту: 1,31, нормальний рівень на кінець терапії.

– Значне зменшення міжособистісних проблем (IP), середній розмір ефекту.

– Рейтинг результатів на понад 90% позитивний, дуже позитивний або максимальний.

– Економічна ефективність на 80% добра, дуже добра або максимальна, на 20% задовільна.

Усі зазначені результати були значущими (рівень 5%) або високо значущими (рівень 1%).

1.5. Подальші спостереження

Усі результати залишалися стабільними через рік та три роки. Цікавим моментом є те, що є дані, які вказу-

ють на подальший позитивний ефект у період між завершенням терапії та подальшим спостереженням, що означало б, що деякі ефекти терапії проявляються лише після завершення терапії; це ефект, на який психоаналіз завжди претендував. Показник звернення за медичними послугами вже був низьким під час курсу терапії та залишався на низькому рівні на момент подальшого спостереження.

Це дослідження могло б надати докази дуже позитивних наслідків юнґіанської психотерапії в перспективному аналізі, які залишалися стабільними протягом трьох років після завершення терапії. Юнґіанська терапія призводить не лише до значного зменшення симптомів і міжособистісних та інших проблем, але й до реструктуризації особистості, що веде до того, що пацієнти можуть набагато краще вирішувати подальші проблеми після завершення терапії. Задоволеність пацієнтів результатами була надзвичайно високою, незважаючи на те, що більшість пацієнтів мали платити за терапію самостійно. Обмеження дослідження є відсутність контрольної групи, що ставить питання про те, чи могла ця вибірка бути особливо вмотивованою групою пацієнтів, хоча тяжкість симптомів була високою та репрезентативною для популяції пацієнтів у Швейцарії.

2. Проект досліджень психотерапії в Сан-Франциско

Спочатку це дослідження, що проводилося Інститутом Юнга в Сан-Франциско, було розроблене як перспективне дослідження результатів із чотирма точками вимірювання (початок терапії, кінець терапії, подальше спостереження через один і п'ять років). У багатьох аспектах дизайн дослідницького проекту з психотерапії в Сан-Франциско подібний до дизайну дослідження в Цюриху. Застосовувалися наступні вимірювання: SCL-90-R; IP, Global Assessment of Functioning Scale – GAF (Шкала глобальної оцінки функціонального статусу, оцінку за якою проводили зовнішні експерти); додатковим інструментом, розробленим інститутом, стало опитування щодо демографічних даних, мотивації до терапії та суб'єктивного досвіду терапії; терапевти мали інструмент, що також був розроблений інститутом, під назвою «Портрет моєї практики» (Portrait of my practice – POMPR), опитування щодо структурних аспектів, а також особистого стилю та досвіду терапевта. Учасниками дослідження були пацієнти амбулаторної клініки Інституту Юнга в Сан-Франциско; зі 100 пацієнтів клініки участь у дослідженні взяли 57. Із боку терапевтів участь взяли 23 професійні аналітики інституту, а також 17 кандидатів, що проходили навчання, та сім психологів-інтернів.

Через низьку залученість аналітиків з інституту проект довелося припинити достроково. Через ці проблеми оригінальний дизайн довелося згорнути до дослідження однієї групи з попереднім і подальшим тестуванням. До нього увійшли 39 із початкових 57 пацієнтів, і лише частина з них завершили спостереження. Внутрішня валідність дослідження бути забезпечена не могла, й статистичні результати слід інтерпретувати на тлі цього факту. Порівнювати можна було лише дані на початку та наприкінці терапії. Маючи на увазі ці обмеження, слід зауважити, що це дослідження все ж схилилося до доведення ефективності юнґіанської терапії; відбулося значне скорочення показників за SCL-90-R та IP.

3. Берлінське катамнестичне дослідження

На початку 1990-х років група з емпіричних досліджень психотерапії у сфері аналітичної психології в Берліні провела загальнонаціональне катамнестичне ретроспективне дослідження (Keller, Dilg et al., 1999; Keller et al., 2002). Колишнім пацієнтам юнґіанської психотерапії було запропоновано взяти участь і пройти тестування за допомогою анкет та інтерв'ю. Усім членам Німецького товариства аналітичної психології (DGAP) було запропоновано взяти участь у цьому ретроспективному дослідженні: 78% відповіли, 24,6% взяли участь. У ретроспективних дослідженнях завжди існує небезпека упередженості в тому сенсі, що брати участь будуть

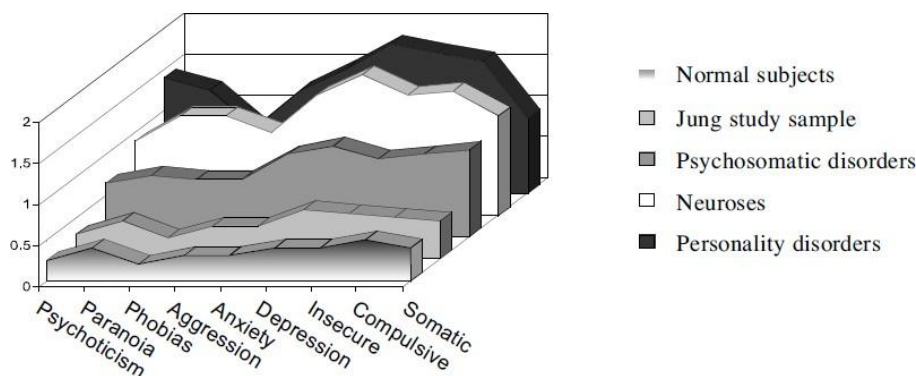


Рис. 1. Середні показники SCL-90-R за результатами подальшого спостереження порівняно з нормованою вибіркою

Джерело: рисунок взято з Keller et al. 1997 р., з люб'язного дозволу автора

готові лише успішні пацієнти (або терапевти), що не дасть реальної картини результатів. Тож причини відмови від участі були задокументовані, й упереджень не було виявлено. Терапевти, що брали участь, задокументували всі випадки, що завершилися в 1987/1988 рр., та дали всебічну оцінку успішності терапії. У Німеччині психотерапія досить щедро фінансується медичними страховими компаніями (до 300 годин аналізу); на початку терапії терапевт повинен подати заявку на фінансування. Ці заявки містять численні дані про стан здоров'я та симптоми пацієнта, особистість, соціальний контекст, психодинаміку та діагностику. Ця інформація зберігається медичною страховою службою протягом десятиліть, і в берлінському дослідженні ці дані були використані. Крім того, можна було використовувати інші дані медичного страхування про пацієнтів, наприклад, звернення ними за медичними послугами, дні перебування в лікарні тощо. Розподіл симптомів та їх тяжкість у вибірці були такими: 46% – афективні розлади, 24% – інші невротичні та психосоматичні розлади та 17% – розлади особистості.

Проблемою катанестичних досліджень є ризик упереджень через ефекти відбору, але вони були перевірені в межах дослідження: з 353 задокументованих випадків 111 були долучені до дослідження; було виявлено упередження щодо кількості переривань терапії, що була вищою у вибірці, ніж у популяції; крім цього, вибірка була репрезентативною для популяції. Середня тривалість терапії становила 162 сесії з частотою від одного до двох разів на тиждень.

Результати: із 60,4% пацієнтів, які повідомили, що їхнє самопочуття було дуже поганим (тяжкий набір діагнозів) до початку терапії, 86,6% оцінили своє загальне самопочуття під час подальшого спостереження, як дуже добре, добре або помірно (дуже адаптоване до нормальної референтної групи за всіма шкалами психопатології). Через шість років після припинення терапії 70%–94% повідомили про добрі чи дуже добрі поліпшення у таких сферах: психологічного дистресу, загального самопочуття, задоволеності життям, результативності на роботі, стосунків із партнером і сім'єю та соціального функціонування. Загальний стан здоров'я у 88% можна було охарактеризувати як «нормальний стан здоров'я». Пацієнтам було краще, ніж у будь-якій клінічній групі, з якою вони мали спільний діагноз до терапії. За SCL-90-R юнгіанській терапії вдалося перемістити вибірку сильно порушених пацієнтів до стандартної вибірки нормальних пацієнтів, де можна говорити про психологічне здоров'я (див. рис. 1).

Усі ці результати були статистично високо значимими. Також відбулося значне скорочення кількості звернень до системи медичного страхування: середня кількість днів, втрачених через хвороби, середня кількість днів госпіталізації, прийом психотропних препаратів і кількість відвідувань лікарів первинної медичної допомоги значно зменшилися до рівня, навіть нижчого, ніж рівень середнього

німецького учасника системи медичного страхування (див. рис. 2 та 3).

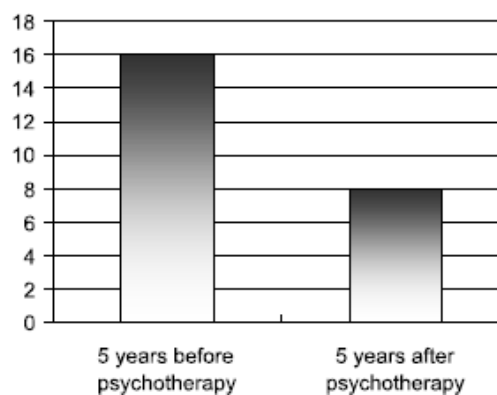


Рис. 2. Середня кількість днів, втрачених на рік через хворобу

Джерело: рисунок взято з Keller et al. 1997 р., з люб'язного дозволу автора

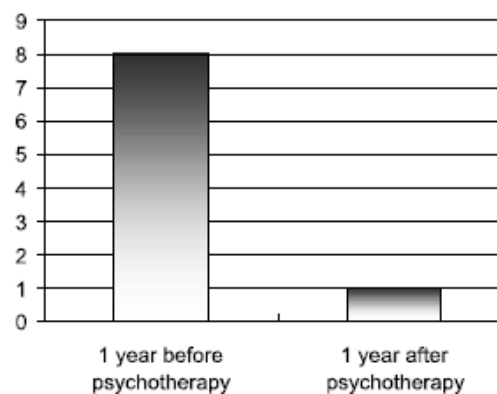


Рис. 3. Середня кількість днів госпіталізації

Джерело: рисунок взято з Keller et al. 1997 р., з люб'язного дозволу автора

Інші цікаві висновки спостерігаються щодо взаємозв'язку між поліпшенням стану та тривалістю лікування, і знову ж є показники на користь подальших поліпшень після припинення терапії (у період після завершення терапії та подальшого спостереження).

Підсумовуючи результати, можна сказати, що спостерігався не лише високий рівень задоволення пацієнтів юнгіанською психотерапією, а й зменшення симптомів,

що перевело пацієнтів до області нормального здоров'я. Ефекти психотерапії були тривалими та торкнулися всіх сфер життя пацієнтів, так що навіть звернення за медичними послугами зменшилися настільки різко, що юнгіанська терапія виявилася також економічно ефективною в довгостроковій перспективі. Ці результати слід інтерпретувати на тлі обмежень дизайну, хоча в межах дослідження доклали значних зусиль для контролю за упередженнями та забезпечення репрезентативності вибірки.

4. Konstanz-Studie – німецька версія дослідження повідомлень споживачів Селігмана

Дослідження, що проводилося в Констанці (Німеччина), є версією відомого дослідження повідомлень споживачів, проведеного Селігманом (Breyer, Heinzel & Klein, 1997) стосовно терапії декількох психодинамічних шкіл, і за своєю структурою воно співставне з вищезазначеним берлінським дослідженням. Дев'яносто психотерапевтів роздали колишнім пацієнтам 979 анкет, із них 66% взяли участь у дослідженні. У вибірці не було виявлено систематичних упереджень. Приблизно п'ята частина терапевтів, які брали участь, мала юнгіанську підготовку, й можна було б показати, що між цією підгрупою та загальною вибіркою не існувало систематичних відмінностей, тому це дослідження є репрезентативним як для психоаналітичної практики в Німеччині загалом, так і для юнгіанської психотерапії.

Результати дуже співставні з результатами згаданого вище берлінського дослідження, в усіх аспектах дослідження виявило значні покращення здоров'я та самопочуття. Так само значні зміни мали місце в період між завершенням терапії та подальшим спостереженням. Як і в берлінському дослідженні, використовувалися дані медичного страхування, й було виявлено дуже значне зниження параметрів звернення за медичними послугами. Усі ці результати залишалися стабільними протягом шестирічного періоду спостереження. Особливим аспектом цього дослідження є проведення розрахунку витрат і вигоди: за перші два роки після терапії індивідуальна та групова психотерапія призводила до накопичення значної економії витрат (див. табл. 1). Вони були значно вищими у зв'язку з тяжкістю стану здоров'я пацієнта на початку терапії.

Таблиця 1

Економія, накопичена в результаті індивідуальної та групової психотерапії в перші два роки після завершення терапії

	Індивідуальна терапія	Групова терапія
Економія завдяки очікуваному скороченню кількості медичних подій (відвідування лікаря, дні хвороби, дні в лікарні)	8,477.80 DM	14,330.00 DM
Витрати на лікування	33 235,00 DM	4 305,00 DM
Співвідношення заощаджень / витрат	0,255 : 1	3,32 : 1

Джерело: таблиця взята з Breyer et al. 1997 р., з люб'язного дозволу авторів

Оскільки це дослідження є ретроспективним, ці результати слід інтерпретувати на тлі ризику упереджень, але вони максимально контролювалися.

5. Praxisstudie Ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP-S) – практичне дослідження амбулаторної психотерапії в Швейцарії

Це дослідження реалізовувалося за квазіекспериментальним дизайном, що є найвищим рівнем серед усіх описаних тут досліджень. Його дизайн співставний із дизайном юнгіанського дослідження в Цюриху, але додатково воно включало паралельну контрольну групу. У Швейцарії

різні психотерапевтичні школи підпорядковані Харті психотерапії, що й стала організатором дослідження PAP. Вибір вимірювань, що застосовувалися, відображав рекомендації Товариства психологічних досліджень і включав результати, а також змінні процесу. Заміри для пацієнтів включали: самооцінку результатів терапії (Опитувальник щодо результатів OQ 45), симптоми (Короткий опис симптомів, Brief Symptom Inventory – BSI (коротка версія SCL-90-R)), депресію (Опитувальник Бека щодо симптомів (Beck Depression Inventory – BDI)), відчуття зв'язаності (SOC-9), конгруентність (K-INK – самооцінку конгруентності за визначенням Карла Роджерса) та мотивацію до терапії (FMP). Для дослідників – це Стандартизоване клінічне інтерв'ю за DSM (SKID), Глобальна оцінка функціонального статусу (GAF) та стосунків (GARF) й Операціоналізована психодинамічна діагностика (ОПД). Дослідження тривало сім років (2006–2012), включаючи терапію та подальше спостереження.

Психотерапевти, що брали участь, в основному застосовували психодинамічний та експериментальний підходи. Проблема полягала в тому, що, незважаючи на те, що Швейцарська юнгіанська асоціація оплатила найбільшу частину дослідження, до дослідження увійшли лише чотири юнгіанські випадки, що є надто малою кількістю, щоб обчислити результат окремо для юнгіанської терапії. Незважаючи на те, що всіх швейцарських юнгіанців запросили взяти участь, більшість не захотіла.

Тим не менше, це дослідження дало декілька цікавих висновків. Загалом усі школи, що брали участь, досягли успіху в формі значного й ефективного поліпшення стану здоров'я пацієнтів. Частина дослідження полягала в детальному описі втручань, які застосовуються різними школами. У межах дослідження терапію знімали на відео, а зовнішні реєтери оцінювали те, яке з описаних втручань застосовувалося практично. Найцікавішим результатом усього дослідження може бути наступне: у межах кожної школи більшість втручань, що застосовувалися, була не втручанням цієї конкретної школи, а радше загальним або пов'язаним з іншою школою. Лише близько 15% втручань ґрунтувалися на спеціальній підготовці терапевта. Це висновок, підтверджений іншими дослідженнями, які також досліджували питання специфіки втручань, що застосовувалися, за школами. Уже в так званій загальній моделі психотерапії Орлінського (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994) передбачалося, що в усіх школах психотерапії застосовуються спільні фактори, які забезпечують найбільшу частину впливу психотерапії. Келер (Keller, Stihl et al., 1999) порівняв модель спільних факторів з основними втручаннями, що використовуються в юнгіанській психотерапії, та знайшов багато паралелей. Це, звичайно, автоматично ставить питання про те, чи існує взагалі специфіка в практичній терапевтичній роботі юнгіанських терапевтів, і якою вона може бути. Після стількох досліджень, що підтвердили так званий «вердикт додо», який показав, що всі школи, здається, є однаково ефективними, сучасна тенденція в дослідженнях психотерапії полягає у вивченні відмінностей між терапевтами та дослідженні того, що вони насправді роблять, коли «проводять терапію».

Невеликі вибіркові дослідження, дослідження випадків і якісні дослідження процесів

У Pontifica Universidade Catolica de Sao Paulo (Бразилія) протягом багатьох років існує кафедра клінічної психології з вираженою юнгіанською орієнтацією. У межах магістерської та докторської програм було підготовлено декілька емпіричних дослідницьких робіт. Тут ми підсумуємо лише декілька з них. Група таких робіт досліджувала ефективність пісочної терапії та інших виражено юнгіанських втручань за різних психосоматичних хвороб (Tavares, 2002; Muller, 2001; Yoshika, 2002). Загалом застосування юнгіанських методів, особливо методів сендплей-терапії, дуже позитивно вплинуло на самопочуття

пацієнтів, а в деяких випадках навіть призвело до ремісії фізичних симптомів. Крім того, ці статті показують, що психодинаміка, що стоїть за психосоматичним розладом, очевидно впливала на символізм пісочних картин, і що символізм сендплей-терапії розвивався паралельно з покращенням самопочуття пацієнтів.

Інші дослідження намагалися охопити інші аспекти втручання юнгіанської психотерапії та зробити їх доступними для емпіричних досліджень. Крап (Krap, 1997) розробив систематичний метод інтерпретації картин із психотерапевтичних процесів. Кліберг (Kleeberg, Schreiber & Schwinger, 2003) досліджував розвиток тінювих символів у декількох психотерапевтичних процесах і зміг показати, що несвідомі символи зображували важливі аспекти терапевтичних відносин. В одному дослідженні теорії комплексів (Heisig, 2001) Гайзіг досліджував розвиток комплексів у процесі аналітичної психотерапії та зміг показати, що на першому етапі терапії комплекси відтворювалися в стосунках перенесення, тоді як ближче до кінця терапії еґо-комплекс міг повільно відокремлюватися від інших патернів комплексів, що можна розуміти, як процес посилення еґо.

Обговорення. Розмістивши дослідження юнгіанської терапії в матриці доказової терапії, ми отримуємо таке:

Рівень I (рандомізовані контрольовані випробування): немає досліджень.

Рівень II (квазіекспериментальні дослідження; перспективні натуралістичні дослідження результатів): дослідження PAL, дослідницький проект у Сан-Франциско (з обмеженнями); дослідження PAP-S (із контрольною групою).

Рівень III (ретроспективні дослідження): берлінське юнгіанське дослідження та дослідження в Констанці з дуже високим методологічним рівнем.

Рівень IV (дослідження випадків тощо): позитивні ефекти завдяки сендплей-терапії, за психосоматичних розладів тощо.

Оскільки до теперішнього часу досліджень I рівня (РКВ) немає, немає й доказів дієвості юнгіанської психотерапії, але її ефективність наразі емпірично доведена на основі вищезазначених досліджень. Те саме можна сказати про економічну ефективність. Оскільки більшість досліджень мала натуралістичну структуру, можна припустити, що вони дають реалістичну картину юнгіанської терапії в повсякденній практиці. Усі ці дослідження повідомляють про позитивні ефекти за широкого спектру розладів із хорошими або дуже хорошими розмірами ефекту в аспектах: послаблення симптомів, самопочуття, міжособистісних проблем, зміни структури особистості, зменшення звернень за медичною допомогою та змін у повсякденному житті. Усі ці ефекти стабільні під час спостереження протягом до шести років після завершення терапії. У період між завершенням і подальшим спостереженням були помічені навіть подальші позитивні зміни. За проходження в середньому лише 90 сесій юнгіанська терапія є дуже економічно ефективною формою психодинамічної психотерапії, що вимагає мінімальних затрат часу. У всіх дослідженнях був реалізований високий методологічний стандарт з об'єктивними показниками, різними поглядами в межах дослідження (пацієнт, терапевт, дослідник) і контролем упереджень. Найбільш переконливим результатом щодо ефективності юнгіанської психотерапії в межах огляду всіх досліджень є те, що всі їхні результати вказують в одному напрямку, хоча там були досить різні вибірки пацієнтів і застосовувалися дуже різні методології. Тим не менше, дієвість юнгіанської психотерапії ще слід довести в межах рандомізованого контрольованого випробування.

Дуже цікавим моментом є те, що в усіх дослідженнях, які передбачали подальше спостереження, відбувалися подальші покращення після завершення терапії. У межах теоретичної моделі аналітичної психології завжди передбачалося, що деякі ефекти проявляться лише після завершення терапевтичних відносин. Описані тут емпіричні дослідження

підтверджують це припущення. Це також можна інтерпретувати як доказ того, що аналітична психотерапія змінює не лише симптоми, а й структуру особистості в більш глибокому розумінні, що призводить до кращої адаптації до життєвого контексту та стосунків, але розкриття цього вимагає певного часу. Отже, майбутні дослідження завжди повинні включати подальше спостереження, щоб можна було зрозуміти цей ефект аналітичної психотерапії.

З іншого боку, огляд досліджень вказує на деякі проблеми, що повторюються. Слід зазначити, що в усіх дослідженнях 10–20% пацієнтів не отримували користі від юнгіанської терапії. Це поширений висновок і в інших дослідженнях, що вивчали інші школи психотерапії. Тим не менше, це повинно стати предметом подальших досліджень, спрямованих на пошук маркерів тих особистостей, які можуть очікувати користі від юнгіанської психотерапії.

Ще однією серйозною проблемою, яка постає в огляді досліджень, є той факт, що юнгіанські аналітики, як правило, дуже неохоче беруть участь в емпіричних дослідженнях – настільки, що це призводить ледь не до провалу досліджень. Труднощі з набором достатньої кількості практикуючих аналітиків для участі в дослідженнях існували з самого початку, і це є проблемою й сьогодні, як це видно на останньому прикладі – дослідженні PAP у Швейцарії. Одним із головних аргументів проти участі в емпіричних дослідженнях було припущення, що процес дослідження перерве або, принаймні, несприятливо вплине на аналітичний процес і терапевтичні відносини. Також стверджувалося, що емпіричні інструменти ніколи не зможуть охопити складні аналітичного процесу. Із моєї точки зору ці критичні позиції ґрунтуються на хибних уявленнях про дослідницький процес, його можливості та обмеження. Звичайно, будь-який дизайн дослідження з вивчення психотерапії має свої обмеження та може аналізувати лише певні аспекти тих складних взаємодій, що відбуваються в процесі психотерапії. Однак емпіричні методи дослідження дають можливість отримати уявлення про психотерапевтичну роботу та її наслідки з більш об'єктивних позицій. Ми повинні враховувати те, що точка зору практикуючих психотерапевтів щодо власних процесів є й має бути головним чином суб'єктивною та піддається інтерпретації, а також імовірності помилок. З іншого боку, емпіричні дослідження ніколи не можуть претендувати на те, щоб розповісти всю правду про психотерапію. Ми також повинні враховувати те, що робота в межах психотерапії має великий вплив на життя клієнтів, і тому етичною вимогою є впровадження процесів управління якістю, одним із яких є дослідження ефективності психотерапії.

З моєї точки зору це має бути предметом обговорення в юнгіанській спільноті. Принаймні зараз можна сказати, що твердження, яке часто використовують критики емпіричних досліджень у юнгіанській спільноті, що емпіричні методи заважатимуть особливій ситуації аналітичних стосунків, було спростоване вищезазначеними дослідженнями: у жодному з них не було ніяких натяків на негативне втручання до психотерапевтичного процесу; у деяких дослідженнях доклали великих зусиль до адаптації або навіть розробки дослідницьких заходів, які охоплювали б аспекти, характерні для юнгіанського підходу, наприклад, зміни особистості або адаптацію психодинамічної діагностики (Junghan, 2002). З іншого боку, юнгіанська психотерапія тепер може спиратися на емпіричні результати досліджень ефективності цього методу та більше не підпадає під критику щодо того, що цей метод не ефективний або емпірично не доведений. Детальніший опис та обговорення досліджень юнгіанської психології дивіться в німецькій публікації Рослера (Roesler, 2010).

Висновки і перспективи (дослідження, що наразі тривають у Німеччині). Німецька асоціація аналітичної психології сформувала дослідницьку платформу (www.cgjung.de/fogum), яка в даний час планує провести декілька досліджень

у сфері юнгіанської психотерапії. Навчальні інститути працюють над домовленістю про те, що майбутні кандидати, які проходять навчання, повинні будуть застосовувати набір емпіричних показників (симптоми, задоволеність життям, операціоналізована психодинамічна діагностика) до своїх випадків у межах навчання, щоб сформувати базу даних і зробити можливим постійне управління якістю. У довгостроковій перспективі це має на меті сформувати відкритіше ставлення до емпіричних досліджень у майбутніх покоління юнгіанських аналітиків. З іншого боку, цей процес спрямований на стабілізацію нинішнього комфортного становища юнгіанської терапії в німецькій системі охорони здоров'я на майбутнє шляхом забезпечення емпіричних результатів щодо ефективності методів і застосування стандартних процесів управління якістю.

Структурний аналіз сновидінь. Автор розробив нарцологічний метод якісного дослідження для аналізу низки сновидінь із аналітичної психотерапії та виокремлення основного процесу змін у процесі психотерапії (Roesler, C. & Götz, N., 2012). На даний момент низку сновидінь із юнгіанських психотерапевтичних процесів аналізують за допомогою цього методу в межах дослідницького про-

екту Базельського університету (Швейцарія). Після завершення структурного аналізу низки сновидінь результати порівнюються зі звітом психотерапевта щодо процесу терапії. Цей проєкт спрямований на формування корпусу випадків, що дозволило б у довгостроковій перспективі показати, що в процесі аналітичної терапії несвідоме викликає терапевтичні зміни через сновидіння.

В іншому дослідницькому проєкті застосовується схема документації для систематичного документування синхронічних подій, що відбуваються в психотерапії (Roesler, 2013). Зараз ця схема документації розповсюджується Німецькою юнгіанською асоціацією, й практикуючим аналітикам пропонується документувати відповідні події для створення корпусу випадків, які стануть предметом подальшого аналізу. Цей проєкт спрямований на розбудову емпіричної теорії синхронії в психотерапії.

Загалом ці проєкти та спроби спрямовані на формування відкритішого ставлення до досліджень у юнгіанській спільноті та доказовішої основи теоретичних моделей аналітичної психології.

Конфлікти інтересів. Автор не заявляє про жодні конфлікти інтересів.

Список літератури:

- Breyer, F., Heinzel, R. & Klein, T. (1997). Kosten und Nutzen ambulanter Psychoanalyse in Deutschland. (Cost and benefit of outpatient analytical psychotherapy in Germany). *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 2, 59–73.
- Heisig, D. (2001). Wandlungsprozesse durch die therapeutische Beziehung. *Analytic Psychology*, 32, 230–251.
- Junghan, M. (2002). Die Anwendung der Strukturachse der OPD in der Analytischen Psychologie. *Die Struktur der Persönlichkeit* (in German); Rudolf, G., Grande, T., Henningsen, P., Eds.; Schattauer: Stuttgart, Germany, 90–114.
- Keller, W., Dilg, R., Westhoff, G., Rohner, R. & Studt, H.H. (1997). The Empirical Psychotherapy Research Group in Analytical Psychology Berlin. On the efficacy of outpatient Jungian psychoanalyses and psychotherapies. *Proceedings of the 13th International Congress for Analytical Psychology, Zürich, Switzerland, 17–23 August 1995*; Mattoon, M.A., Ed.; Daimon: Einsiedeln, Switzerland.
- Keller, W., Dilg, R., Westhoff, G., Rohner, R. & Studt, H.H. (1999). The Empirical Psychotherapy Research Group in Analytical Psychology Berlin. The Berlin Jungian Study: on the effectiveness and efficacy of outpatient (Jungian) psychoanalysis and psychotherapy – a catamnestic study (BJS). *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis*; Report prepared by the Research Committee of the IPA at the request of the President 1999; Fonagy, P., Ed.; International Psychoanalytic Association: London, UK.
- Keller, W., Stehle, S., Dilg, R., et al. (1999). Empirical Research in Psychoanalysis and Analytic Psychotherapy. *Destruction and Creation: Personal and Cultural Transformations*; Mattoon, M., Ed.; Daimon: Einsiedeln, Switzerland, 556–586.
- Keller, W., Westhoff, G., Dilg, R., Rohner, R., Studt, H.H. (2002). The study group on empirical psychotherapy research in analytical psychology. Efficacy and cost-effectiveness aspects of outpatient (Jungian) psychoanalysis and psychotherapy – a catamnestic study. *Longer-Term Psychoanalytic Treatment: Perspectives for Therapists and Researchers*; Leuzinger-Bohleber, M., Target, M., Eds.; Whurr: London, UK.
- Kleeberg, A., Schreiber, S. & Schwinger, T. (2003). Symbole als Ausdruck der therapeutischen Beziehung. Eine empirische Untersuchung zur Schattensymbolik in einer jungianischen Psychotherapie. *Analytic Psychology*, 34, 266–297.
- Krapp, M. (1997). Pictorial-hermeneutic, qualitative methods. In *Open Questions in Analytical Psychology*; Mattoon, M.A., Ed.; Daimon: Einsiedeln, Switzerland, 581–586.
- Lambert, M.J. (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th ed.; Wiley: New York, NY, USA.
- Mattanza, G., Jakobsen, T. & Hurt, J. (2006). Jung'sche Psychotherapie ist effizient. *Seele und Forschung. Ein Brückenschlag in der Psychotherapie* (in German); Mattanza, G., Meier, I., Schegel, M., Eds.; Karger: Basel, Switzerland, 38–82.
- Muller, M.A. (2001). Psychosomatic Study of Patients with Vitiligo from an Analytical Approach. Ph.D. Dissertation, Pontificia Universidade Católica de São Paulo, Sao Paulo, Brazil.
- Orlinsky, D.E., Grawe, K. & Parks, B.K. (1994). Process and Outcome in Psychotherapy. *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*, 4th ed.; Garfield, S.L., Bergin, A.E., Eds.; Wiley: New York, NY, USA, 270–376.
- Roesler, C. (2010). *Analytische Psychologie heute. Der aktuelle Stand der Forschung zur Psychologie C.G.Jungs* (German); Karger: Basel, Switzerland.
- Roesler, C. & Götz, N. (2012). Manual zur Strukturalen Traumanalyse (in German). Available online: <http://www.cgjung.de/forum/index.php?page=Thread&postID=37#post37> (accessed on 22 September 2013).
- Roesler, C. (2013). A Research Frame for Investigating the Appearance of Synchronistic Events in Psychotherapy. *The Pauli-Jung Dialogue and Its Impact Today*; Atmanspacher, H., Fuchs, C., Eds.; Imprint Academic: Exeter, UK, 2013.
- Rubin, S.I. & Powers, N. (2013). Analyzing the San Francisco Psychotherapy Research Project. Available online: <http://www.sirseth.net/doc/SFresearch.pdf> (accessed on 27 July 2013).
- Rudolf, G., Dilg, R., Grande, T., et al. (2004). Effektivität und Effizienz psychoanalytischer Langzeittherapie: Die Praxisstudie analytische Langzeittherapie. *Psychoanalyse des Glaubens*; Gerlach, A., Schlösser, A., Springer, A., Eds.; Psychosozial: Gießen, Germany, 515–528.
- Tavares, M.L. (2002). *The Patient's Psyche in Cancer Terminal Phase*. Ph.D. Dissertation, Pontificia Universidade Católica de Sao Paulo, Sao Paulo, Brazil.
- Tschuschke, V., Cramer, A., Koemeda, M., Schulthess, P., von Wyl, A., & Weber, R. (2010). Fundamental Reflections on Psychotherapy Research and Initial Results of the Naturalistic Psychotherapy Study on Outpatient Treatment in Switzerland (PAP-S). *Int. J. Psychoth*, 14, 247–256.

Westen, D. & Morrison, K.A. (2001). Multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 69, 875–899.

Yoshika, M.L. (2002). *A Psychosomatic Study of Women with Polycystic Ovary Syndrome (PCOS) through Sandplay Therapy*. Ph.D. Dissertation, Pontificia Universidade Catolica de Sao Paulo, Sao Paulo, Brazil.

Анотація. Із 1990-х років, головним чином у Німеччині та Швейцарії, проводилися декілька дослідницьких проєктів та емпіричних досліджень (процесу та результатів) юнгіанської психотерапії. Тут підсумовуються перспективні, натуралістичні дослідження результатів і ретроспективні дослідження з використанням стандартизованих інструментів і даних медичного страхування, а також декілька якісних досліджень аспектів психотерапевтичного процесу. Ці дослідження ретельно розроблені, а результати добре застосовні до умов амбулаторної практики. Усі дослідження демонструють значне покращення не лише на рівні симптомів і міжособистісних проблем, але й на рівні структури особистості та повсякденної поведінки. Ці покращення залишаються стабільними протягом шести років після завершення терапії. Декілька досліджень показують подальші покращення після завершення терапії – ефект, на який завжди претендував психоаналіз. Дані медичного страхування показують, що після юнгіанської терапії в пацієнтів знижується рівень звернення за медичною допомогою до рівня, нижчого навіть за середній рівень у загальній популяції. Результати декількох досліджень показують, що юнгіанська терапія переводить пацієнтів із рівня тяжких симптомів на рівень, коли можна говорити про психічне здоров'я. Ці суттєві зміни досягаються в ході юнгіанської терапії протягом в середньому 90 сесій, що робить юнгіанську психотерапію ефективним та економічно обґрунтованим методом. Дослідження процесів підтримують юнгіанські теорії щодо психодинаміки й елементів змін у терапевтичному процесі. Отже, юнгіанська психотерапія нарешті досягла етапу, коли її можна називати емпірично перевіреним, ефективним методом. Ця стаття була вперше опублікована в журналі "Behavioral Sciences" у 2013 році (Том 3. Вип. 4). Редакційна рада журналу висловлює глибоку подяку автору статті – професору Крістіану Рослеру, а також Ганні Стембковській та Валентині Самусь за її україномовний переклад.

Ключові слова: юнгіанська психотерапія, емпіричне дослідження, ефективність, звернення за медичною допомогою, аналітична психологія.

Abstract. Since the 1990s several research projects and empirical studies (process and outcome) on Jungian Psychotherapy have been conducted mainly in Germany and Switzerland. Prospective, naturalistic outcome studies and retrospective studies using standardized instruments and health insurance data as well as several qualitative studies of aspects of the psychotherapeutic process will be summarized. The studies are diligently designed and the results are well applicable to the conditions of outpatient practice. All the studies show significant improvements not only on the level of symptoms and interpersonal problems, but also on the level of personality structure and in every day life conduct. These improvements remain stable after completion of therapy over a period of up to six years. Several studies show further improvements after the end of therapy, an effect which psychoanalysis has always claimed. Health insurance data show that, after Jungian therapy, patients reduce health care utilization to a level even below the average of the total population. Results of several studies show that Jungian treatment moves patients from a level of severe symptoms to a level where one can speak of psychological health. These significant changes are reached by Jungian therapy with an average of 90 sessions, which makes Jungian psychotherapy an effective and cost-effective method. Process studies support Jungian theories on psychodynamics and elements of change in the therapeutic process. So finally, Jungian psychotherapy has reached the point where it can be called an empirically proven, effective method. This paper was first published in the journal "Behavioral Sciences" in 2013 (Volume 3, Issue 4). The editorial board of the journal expresses deep gratitude to the author of the paper – Prof. Christian Roesler, as well as to Hanna Stembkovska and Valentyna Samus for its Ukrainian translation.

Key words: Jungian psychotherapy, empirical research, effectiveness, health care utilization, analytical psychology.