



овременная психотерапия

2

основные направления
**СОВРЕМЕННОЙ
ПСИХОТЕРАПИИ**



Современная психотерапия (Когито-Центр)

Коллектив авторов

**Основные направления
современной психотерапии**

«Когито-Центр»

2000

Коллектив авторов

Основные направления современной психотерапии / Коллектив авторов — «Когито-Центр», 2000 — (Современная психотерапия (Когито-Центр))

Цель данного учебного пособия – дать читателю содержательное представление о современных психотерапевтических методах, путях овладения профессией психотерапевта и стандартах качества психотерапевтической помощи, а также очертить границы профессиональной практики. Рассматриваются такие подходы, как психоанализ и психоаналитическая терапия, аналитическая психология Юнга, нейролингвистическое программирование, человекоцентрированный подход, системная семейная психотерапия, когнитивно-бихевиоральная психотерапия, психодрама и гештальт-терапия, а также освещаются этические основы психотерапии и изучение ее проблем за рубежом.

Содержание

Предисловие	6
Часть первая	11
Е. С. Калмыкова, Х. Кэхеле	11
Постановка проблемы: кому и зачем нужны исследования по психотерапии?	11
История исследований по проблемам психодинамической психотерапии	12
Изучение эффективности психотерапии	17
Методы изучения психотерапевтического взаимодействия	22
Библиография	24
Конец ознакомительного фрагмента.	27

Основные направления современной психотерапии

© “Когито-Центр”, 2000

* * *

Предисловие

Предлагаемое вниманию читателя учебное пособие представляет те направления современной психотерапии, которые успешно практикуются в России, имеют свои институты с обучающими программами и профессиональные объединения.

Сегодня психотерапия – это активно развивающиеся области теории и практики во всем мире. У нас в стране остро стоит вопрос о границах профессии. Психотерапия до сих пор не имеет полноценной «прописки» в общественном сознании. Ее отождествляют либо с психиатрией, либо с магией и шаманством. В первом случае у человека возникает страх несмываемого пятна в биографии и профессиональных злоупотреблений, во втором – наивные ожидания немедленного чуда. Самое печальное, что от этих заблуждений в определенном смысле не свободны некоторые люди, считающие себя профессиональными психотерапевтами, поскольку они невольно стремятся отвечать ожиданиям людей, обращающихся за помощью. Именно поэтому ясное понимание своей профессиональной позиции и профессиональной ответственности так необходимы для заключения психотерапевтического контракта с клиентами. Уточнение ожиданий, согласие относительно цели психотерапевтической работы, определение границ ответственности психотерапевта и клиента – необходимые условия эффективной помощи.

Цель данного учебного пособия состоит не только в том, чтобы дать читателю содержательное изложение современных психотерапевтических подходов, но и в том, чтобы показать существующие во всем мире пути овладения профессией (речь идет о необходимом базовом образовании, сроках и программе обучения), стандарты качества оказания психотерапевтической помощи (сеттинг, критерии эффективности), то есть ясно и однозначно очертить границы профессиональной практики.

Вопрос, представители каких профессий могут практиковать психотерапию, является одним из наиболее давних вопросов; он по-разному ставился и по-разному решался на разных этапах развития психотерапии. Во многом решение этого вопроса зависит от того, определяется ли психотерапия как раздел медицины, как область психологии или как смежная дисциплина.

С конца XIX века и в первые десятилетия нашего столетия, когда преобладающей формой психотерапии являлся психоанализ или родственные ему виды психотерапии, ей преимущественно занимались врачи-психиатры. Путь в профессию психотерапевта через высшее медицинское образование со специализацией в области психиатрии представлялся наиболее прямым и естественным. Образование и профессия врача давали неоспоримые преимущества: фундаментальную подготовку в области биологических наук, чувство ответственности, максимальную «приближенность» к тайнам жизни и смерти, способность понимать язык тела – неотъемлемую часть эмоциональной жизни человека, а также способность адекватно реагировать и помогать в ситуациях страдания и боли.

Вместе с тем зарождавшаяся психотерапия встретила достаточно большое сопротивление у представителей биологически ориентированной медицины и психиатрии (как части медицины начала века). Например, в Германии, где биологические традиции психиатрии, опирающиеся на труды Э. Крепелина и др., были особенно сильны, психотерапия пробивала себе дорогу через общую медицину и концепции психосоматической природы различных заболеваний. Чисто биологическая обусловленность психических расстройств (генетическая, биохимическая и т. д.) долго не ставилась под сомнение. Однако даже специалисты, работающие с соматическими заболеваниями, стали вычленять психологические факторы как вносящие свой вклад – иногда определяющий – в возникновение и развитие соматического заболевания. Чем очевиднее становилась роль психологических механизмов в возникновении и течении различ-

ных болезней, тем больше возрастала роль психологии и психотерапии в теории и практике современной медицины.

Первые видные психотерапевты, такие, как З. Фрейд, К. Г. Юнг, А. Адлер, были врачами. До Второй мировой войны клиническая психология была весьма молодой и относительно неразвитой дисциплиной, практические задачи которой преимущественно сводились к диагностике. И все же уже тогда психотерапия понималась гораздо шире, чем просто одна из областей медицины. Даже если она и трактовалась как *лечение*, то принципиальным при этом было признание, что лечение это по задачам и методам является *психологическим*. Не случайно, например, Юнг назвал созданную им теорию и практику психотерапии *аналитической психологией*, а Адлер – *индивидуальной психологией*. Связь возникших позже других направлений психотерапии, например гештальт-терапии, поведенческой психотерапии или когнитивной психотерапии, с классическими направлениями академической психологии (гештальт-психологией, бихевиоризмом или когнитивной психологией) очевидна.

Весьма интересной по этому вопросу была позиция З. Фрейда, создателя первого психотерапевтического метода – психоанализа. В 1926 году Фрейд открыто выступил в защиту знаменитого венского психоаналитика Теодора Райка, психолога по образованию. В соответствии со старым австрийским законом, запрещающим неврачам лечить пациентов, против Теодора Райка было выдвинуто обвинение в «шарлатанстве». Будучи врачом, Фрейд написал работу «К вопросу о неврачебном анализе. Разговор с непредвзятым собеседником». В этой работе Фрейд не только отдал должное высочайшему профессионализму Теодора Райка, блестяще работавшему с самыми сложными случаями, но и впервые заговорил о независимом от медицины статусе психоанализа. Фрейд писал: «Позвольте мне слову “шарлатан” дать то определение, которое ему должно принадлежать, а не то, как оно трактуется в праве. В соответствии с законом шарлатаном является любой, кто не имеет государственного диплома, подтверждающего, что его владелец – врач. Я вынужден предпочесть другое определение: шарлатан – тот, кто предпринимает лечение, не обладая необходимыми для этого знаниями и умениями». Далее Фрейд высказывается еще определенной: «В медицинской школе врач получает образование, которое так или иначе находится в оппозиции тому, что ему нужно в качестве подготовки для психоанализа... Было бы еще терпимо, если бы медицинское образование не давало бы врачам ориентации в области неврозов. Дело еще хуже: оно дает им ложную и вредную установку». Он завершает свою мысль следующим образом: «Я настаиваю на требовании, что никто не должен проводить анализ, не получив такого права вместе со специальной подготовкой. Является ли такой человек врачом или не является, – кажется мне несущественным»¹.

В послесловии к этой работе Фрейд дает ясную формулировку специфического статуса своего психотерапевтического метода, который, несмотря на наличие в нем медицинских или лечебных аспектов, «является не специализированной областью медицины... [но] частью психологии, конечно, не всей психологией, но ее подразделом...»

Нужно отметить, что психологическая «прописка» или «гражданство» психоанализа или психотерапии еще не означает автоматического признания любого психолога психотерапевтом. Академическое психологическое образование, хотя и является чрезвычайно полезным, все же остается явно недостаточным для практикующего психотерапевта.

В этом контексте вопрос: «Кто может практиковать психотерапию?», по-видимому, лучше всего переформулировать как вопрос: «Представители каких специальностей лучше всего подходят, чтобы получать дополнительную подготовку в области психотерапии?»

Фрейд, например, хорошо это понимал еще в 20-е годы. В частности, он писал Пфистеру: «Я хотел бы вручить его [психоанализ] профессии, которая пока еще не существует, профессии немедицинских целителей души, которые не обязаны быть ни врачами, ни священниками». В

¹ Freud S. Die Frage der Laienanalyse // G. W. XIV. S. 285.

другом месте («К вопросу о неврачебном анализе», 1926) Фрейд высказывается об учебной программе, которая, на его взгляд, была бы оптимальной для этой новой профессии: «Если, что сегодня может показаться фантастичным, стоял бы вопрос об основании психоаналитического колледжа, то там необходимо было бы обучать многому из того, что преподается на медицинском факультете: вместе с глубинной психологией, которая всегда оставалась бы основным предметом, необходимы также введение в биологию, как можно больше из науки о сексуальной жизни и ознакомление с симптоматологией психиатрии. С другой стороны, аналитическое образование включало бы области знания, весьма далекие от медицины, с которыми врач не встречается в своей практике: историю цивилизации, мифологию, психологию религии и литературоведение. Пока он не овладеет этими предметами, аналитик ничего не сможет сделать с огромной частью имеющегося материала... Значительная часть того, что он усваивает в медицинской школе, малопригодна для его целей»².

Сегодня во многих странах мира эта «фантазия» Фрейда о психоаналитическом и – шире – о психотерапевтическом институте, в котором *новую* профессию наряду с врачами-психиатрами получали бы психологи и даже представители других наук (антропологии, педагогики, социологии) стала реальностью. Например, в США, Германии, Великобритании, Франции психологи получили равное с врачами право на постдипломное образование и последующую практику в области психотерапии и психоанализа. Прежде всего это специалисты в сфере клинической, консультативной, семейной и школьной психологии. В ряде стран психотерапевтическое образование доступно для социальных работников в сфере охраны психического здоровья, педагогов, священников и представителей некоторых других профессий. Такое постдипломное образование будущего психотерапевта (независимо от того, является ли он врачом, психологом или социальным работником), как правило, предполагает, помимо фундаментальной теоретической подготовки, длительную супервизию опытных коллег над терапевтической практикой и прохождение личной терапии. При этом обучение занимает несколько лет. Психотерапевтам в России предстоит еще многое сделать, чтобы пройти этот путь.

Итак, психотерапия первоначально зарождалась как часть медицины, но позднее вышла за ее рамки и превратилась в самостоятельную область знания и практики, стоящую на стыке гуманитарных и естественных наук.

В наше время психотерапия стала неотъемлемой частью помощи населению во всех развитых странах мира и фактически давно вышла за пределы медицинских учреждений. При этом, однако, возникает опасность игнорирования клинических аспектов при оказании психотерапевтической помощи. Поэтому глубокая подготовка в области психиатрии является обязательным элементом образования психотерапевта. Даже если психотерапевт ограничивает свою работу проблемами психически здоровых людей, знания в области психиатрии ему необходимы, чтобы отличить психически здорового человека от больного и переадресовать последнего специалистам, имеющим соответствующую подготовку. Кроме того, невротический уровень расстройств присущ большей части людей, обращающихся за психотерапевтической помощью. Многие известные терапевты отмечают рост числа более глубоких личностных расстройств среди обращающихся за помощью клиентов, нередко они нуждаются в комбинированном лечении (имеется в виду сочетание психотерапии и психофармакологии), поэтому психотерапевту важно иметь постоянный контакт с квалифицированным психиатром. Нередко психофармакологическое лечение выступает на первый план (например, у многих больных шизофренией). В процессе постановки диагноза психотерапевт должен руководствоваться имеющимися классификациями психических болезней, что требует их глубокого изучения. Наличие общих классификационных ориентиров, таких, как МКБ-10, позволяет

² Там же.

профессионалам более эффективно обмениваться опытом и координировать свою работу. От диагноза и глубины психического расстройства зависят мишени, тактика и стратегии психотерапии. Важно помнить, что нет универсальных психотерапевтических подходов и каждый из них имеет свою область применения и свои ограничения. Так, вряд ли гештальт-терапия может быть рекомендована для работы с больными шизофренией. Для больного с тяжелым нарциссическим расстройством наиболее адекватна динамически ориентированная долговременная психотерапия, а для больного в тревожном и депрессивном состоянии без личностного расстройства может быть рекомендован краткосрочный курс когнитивной психотерапии. Нередко эффективно подключение семейной психотерапии, групповых форм работы и т. д. Наконец, в зависимости от специфики проблем клиента необходимы существенные модификации одного и того же метода. Так, психодрама с больными шизофренией существенно отличается от психодрамы с пациентами, имеющими невротический уровень расстройств.

Выбор конкретной формы работы, с одной стороны, определяется особенностями состояния и проблемами клиента, а с другой – каждый психотерапевт выбирает для профессиональной специализации то направление, которое в наибольшей степени соответствует его личностным особенностям и взглядам. Поэтому нередко возникают случаи, когда имеет смысл переадресовать обратившегося за помощью клиента коллеге, использующему подход, более адекватный его проблемам. Это могут быть рекомендации получить семейную консультацию (если проблема и состояние клиента в значительной степени обусловлены семейными проблемами) или же рекомендации групповых форм работы (если одной из важнейших мишеней является дефицит социальных навыков) и т. д. Нередко, как уже отмечалось, необходимы подключение психофармакотерапии и назначение комбинированного лечения. Овладение каждым из подходов психотерапии требует много времени и сил, поэтому универсальных специалистов не существует.

Тенденция к интеграции является существенным фактором развития современной терапии, и мы надеемся, что она будет способствовать развитию психотерапии и в нашей стране. По сравнению с западными коллегами у нас есть одно существенное преимущество: из-за отсутствия у нас давно существующих школ и традиций нам присуща большая свобода в интеграции подходов и не столь выраженная ангажированность. Важно лишь помнить, что интеграция не должна означать снижения серьезности и глубины подготовки; наоборот, она требует больших усилий в овладении различными подходами и специальной дополнительной работы по их совмещению.

Занимаясь психотерапией, невозможно игнорировать социальные условия, такие, как культура общества, которые существенно влияют на то, какие именно факторы терапевтического процесса окажутся наиболее эффективными. Например, российская социокультурная среда придает определенное своеобразие психотерапевтической помощи.

Россиянин воспринимает социальную среду как враждебную, опасную и непредсказуемую. По словам Шустермана, «законодательство, государственная, финансовая и фискальная политика во все времена оценивались практически всеми слоями общества как нелогичные, грабительские, противоречащие интересам... людей, препятствующие им реализовывать свои цели. Особенностью последнего десятилетия оказывается к тому же высокая скорость изменения среды – законов, политики, – нестабильность существования. Постоянное изменение “правил игры”, при неизменно сохраняющемся игнорировании государством интересов и целей... людей, требует ответного поиска защиты от воздействий среды, новых способов выживания»³.

Вездесущность донощиков, поощрение предательства, последовательное разрушение семейных и родственных связей в годы советской власти привело к появлению определенного менталитета, который характеризуется прежде всего высокой тревожностью, подозрительно-

³ Шустерман Д. М. Придуманная власть // Политический маркетинг. 1998. № 1. С. 27.

стью, стремлением скрывать свои проблемы. Наличие психологических проблем считается признаком слабости, обращение за помощью к постороннему человеку – акт большого личного мужества. От психотерапевта ждут конфиденциальности и эффективности так же, как во всем мире, но представления о конфиденциальности и эффективности в России иные. Ощущение конфиденциальности возникает при очень близкой межличностной дистанции. Психотерапевт должен восприниматься «своим» – другом, единомышленником, верным соратником. Клиенты часто пытаются звать психотерапевта в гости, предлагают ему услуги, расспрашивают о его собственной жизни, пытаются «породниться» любыми возможными способами. Психотерапевт оказывается в сложной ситуации – он должен вызывать доверие и снимать фоновую тревогу и в то же время быть дистантным. Часто это противоречие снимается с помощью авторитарного стиля общения «сверхродителя» с клиентами. При такой профессиональной позиции сотрудничество с клиентом крайне затрудняется, и ответственность за эффект психотерапии целиком ложится на психотерапевта. Вероятность эффекта в этом случае снижается. При психотерапевтической работе независимо от школы и традиции этап построения партнерских отношений с клиентом, когда клиент также вносит свой немалый душевный труд в психотерапевтический эффект, становится отдельной задачей. В России решение этой задачи занимает значительно больше времени и требует специального контракта, который психотерапевт заключает с клиентом. Конкретные формы такого контракта могут быть разными в зависимости от школы, направления и личной манеры психотерапевта, но суть его заключается в установлении границ ответственности всех участников терапевтического процесса, а также в согласовании представлений о целях и возможных будущих результатах психотерапевтической работы. Понятно, что в процессе психотерапии такой контракт заключается несколько раз в связи с изменением первичного запроса, мотива обращения за помощью и представлений о результате.

Вторая особенность психотерапевтической практики в России состоит в том, что работать приходится в обществе, где личное здоровье не является главной ценностью. Терпеть и страдать привычнее и достойнее, чем искать помощи. За помощью обращаются в крайнем случае, когда ситуация и/или состояние становятся невыносимыми. Часто приходится иметь дело с запущенными случаями. Психотерапевты также несвободны от особенностей российского менталитета. Им также свойственно низко ценить человеческое здоровье и благополучие. Плохо подготовленные парапрофессионалы отличаются снисходительно-презрительным отношением к своим клиентам; обращение за помощью они расценивают как свидетельство личного банкротства клиентов, что в свою очередь используется этими «психотерапевтами» для самоутверждения, для снятия собственной фоновой тревоги. В наше время засилья дилетантов представляется крайне важным становление высокого профессионализма и ответственности психотерапевта. Мы надеемся, что это учебное пособие будет способствовать решению данной задачи.

По содержанию эта книга состоит из двух неравных частей: первая часть касается общих проблем психотерапии, таких, как вопросы профессиональной этики и оценки эффективности психотерапевтического воздействия; вторая часть посвящена конкретным направлениям и школам психотерапии.

Мы начинали эту работу вместе с замечательным психотерапевтом, сделавшим очень много для возрождения психоанализа и возникновения профессионального сообщества психотерапевтов в России, – Сергеем Григорьевичем Аграчевым. Его всегда отличали незаурядный ум, широкая образованность, мягкий юмор, принципиальная и честная профессиональная позиция, и общение с ним превратило работу над этой монографией в важный экзистенциальный опыт. Его безвременный уход из жизни невосполним, последствия этой утраты не оценены до сих пор. Памяти его посвящаем эту книгу.

А. Я. Варга, И. М. Кадыров, А. Н. Холмогорова

Часть первая

Общие проблемы психотерапии

Е. С. Калмыкова, Х. Кэхеле

Психотерапия как объект научного исследования

Постановка проблемы: кому и зачем нужны исследования по психотерапии?

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

В настоящее время осуществляется на практике около четырехсот разновидностей психотерапии для взрослых пациентов и около двухсот – для детей и подростков (см. Kazdin, 1994); с другой стороны, описано около трехсот психологических синдромов или констелляций симптомов, для лечения которых рекомендуется та или иная психотерапия (см., например, DSM-III-R, 1987). Если поставить себе задачу эмпирическим путем установить, какой вид или виды, или какие сочетания видов психотерапии оптимальны для лечения одного расстройства, то придется опробовать астрономическое количество сочетаний, приблизительно равное двум в четырехсотой степени. Соответственно, чтобы получить возможное количество сочетаний для лечения всех описанных синдромов, это число надо будет умножить еще на триста. Эти занятия комбинаторикой должны убедить читателя, что научно обоснованное исследование психотерапии – не пустая игра изощренного ума, а жизненная необходимость, обусловленная, с одной стороны, многообразием форм и проявлений расстройств и способов их лечения, а с другой стороны – стремлением к нахождению наилучшего решения в каждом конкретном случае.

Исследование проблем психотерапии ставит перед собой две основные задачи: во-первых, поиск эмпирического обоснования психологических методов лечения, то есть выяснение того, что является полезным, для кого, при каких обстоятельствах; во-вторых, описание и постижение механизмов изменений, то есть как психотерапия в целом и ее разновидности в частности достигают позитивного эффекта. Разумеется, обе эти задачи взаимосвязаны; осуществление первой из них зависит от достижений в решении второй, причем именно вторая задача является наиболее увлекательной⁴. Понимание механизмов психотерапии требует также и объяснения того, каким образом соотносятся терапевтические трансакции между пациентом и терапевтом с реальными изменениями в жизни пациента вне приемной психотерапевта. Стайлз с соавт. (Stiles, Shapiro, Elliott, 1986) описывают «парадокс эквивалентности» прибли-

⁴ Это, разумеется, авторская позиция.

зительно равнозначной эффективности разных видов лечения, в которых складываются, по всей видимости, существенно различающиеся отношения между пациентом и психотерапевтом. До тех пор, пока этот парадокс не будет разрешен, понимание механизмов лечения останется весьма ограниченным.

В данной статье мы намереваемся рассмотреть несколько вопросов. Прежде всего стоит задача обрисовать в общих чертах историю развития исследований по психотерапии; при этом акцент будет сделан на истории изучения психоаналитической или – более широко – психодинамической индивидуальной психотерапии взрослых пациентов в амбулаторных условиях; будет показано, как на протяжении десятилетий происходило постепенное смещение фокуса исследовательского интереса с одной задачи на другую. Далее более детально будет рассмотрена проблема эффективности психотерапии и основные результаты ее изучения, представленные в литературе на сегодняшний день. И, наконец, в силу личных предпочтений авторов, последняя часть статьи будет посвящена методам и подходам изучения процесса психотерапевтического взаимодействия, в частности, методу структурного анализа социального поведения (SASB) Лорны Бенджамин (Benjamin, 1974) и возможностям, которые он открывает для построения модели психотерапевтического процесса. К сожалению, практически все работы, посвященные этим вопросам, проводятся за рубежом; в силу этого и наш труд является, по существу, обзором зарубежных исследований по психотерапии.

История исследований по проблемам психодинамической психотерапии

С самого начала исследования по психотерапии были направлены как на прикладные цели (в первую очередь на выяснение эффективности психотерапевтического воздействия), так и на фундаментальные – на научную валидизацию психотерапевтического процесса и его результатов. С течением времени фокус исследовательского интереса смещался от чисто прагматического вопроса «Приносит ли психотерапия какую-либо пользу?» к вопросам «Кому какая психотерапия помогает?» и «Как работает та или иная психотерапия?»

В соответствии с исследовательскими задачами можно выделить несколько этапов развертывания изучения психотерапии (см. Kächele, 1992; Kächele, Strauss, 1998). При этом необходимо иметь в виду, что, хотя выделяемые фазы хронологически следуют одна за другой, фактически их нельзя привязать к какому-то одному исследовательскому направлению или какой-то одной школе психотерапии. Их следует скорее понимать как эпохи в развитии исследований, причем на разных этапах то одно, то другое психотерапевтическое направление проявило наибольшую исследовательскую активность и достигло наиболее интересных результатов.

Самыми первыми исследованиями, относящимися к предварительному этапу, или «нулевому циклу», изучения проблем психотерапии, можно считать описания отдельных клинических случаев. В XIX веке это был излюбленный психиатрами методологический подход, и Фрейд естественным образом продолжил эту традицию. В то время детально описанный клинический материал являлся одним из самых надежных способов передачи и обсуждения опыта; однако в наши дни повального сциентизма этот метод подвергается весьма суровой критике. Д. Спенс (Spence, 1993) сформулировал основные черты психоаналитического исследования отдельных случаев, которые не соответствуют канонам научной объективности, как-то: описание случая представляет собой скорее «беллетризированное» захватывающее повествование, нежели научное сообщение; автор клинического описания ссылается исключительно на свой собственный опыт, который не поддается верификации, при этом, разумеется, чрезвычайно велика субъективность представлений и интерпретации материала; описываемый случай никоим образом не может рассматриваться как репрезентативный, поскольку для подобных целей авторы склонны выбирать чем-либо выделяющиеся из общего ряда примеры, и т. д.

Тем не менее трудно представить себе историю психоанализа и психотерапии без клинических описаний Фрейда, которые служат своего рода прообразом современной методологии изучения отдельного случая (single case study). Фактически и по сей день имеется еще достаточно сторонников описаний отдельных случаев, которые видят в них источник нового знания о том, как талантливым клиницистам удается находить новые решения сложных проблем. Следует ли считать, что это тоже исследования? По крайней мере необходимо не упускать из виду ряд позитивных сторон, присущих изучению отдельных случаев, а именно:

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

2) в ходе анализа отдельного случая может родиться эвристически ценная методика, которая окажется применима и для изучения психотерапии в рамках более строгого эмпирического исследования;

3) изучение отдельного случая дает возможность досконально проанализировать ряд редко встречающихся, но важных феноменов;

4) изучение отдельного случая может быть организовано таким образом, что полученная информация окажется достаточно объективированной и достоверной;

5) анализ единичного случая – это одно из вспомогательных средств, благодаря которым теоретический «скелет» более успешно «обрастает плотью», а теоретические принципы обретают реальное прикладное значение.

Следующая фаза исследований, которую можно считать первой в действительно научном изучении проблем психотерапии, началась приблизительно в 1930-е годы в русле психоанализа и достигла максимальной интенсивности и, соответственно, максимального успеха в 1950–1970-е годы. Точкой отсчета служат здесь материалы Берлинского психоаналитического института (Fenichel, 1930), в которых приведены катамнестические данные за десятилетний период работы института; появляются затем и другие аналогичные отчеты – Лондонского (Jones, 1936) и Чикагского (за пятилетний период: Alexander, 1937) институтов. На этом этапе первостепенное значение имел вопрос об эффективности психотерапии вообще независимо от конкретной формы психотерапии, диагноза пациентов и т. п. В 1952 году была опубликована обзорная статья Г. Айзенка (Eysenck, 1952), в которой обосновывался в высшей степени критический тезис о том, что психотерапевтическое лечение ведет к успеху столь же часто, сколь часто пациенты поправляются безо всякой помощи психотерапевта. Айзенк на основании сравнения данных об излечении пациентов и статистических материалов о так называемой спонтанной ремиссии показал, что 67 % (то есть две трети) людей, страдающих эмоциональными нарушениями, практически избавляются от этих нарушений в течение двух лет, тогда как психотерапия требует иногда более длительного времени (например, психоанализ), не говоря уже о финансовых и прочих затратах. Эта статья вызвала огромный резонанс – по разным причинам – и в конечном итоге стимулировала и психотерапевтов, и исследователей к более тщательному, продуманному и спланированному изучению результатов психотерапии.

Вскоре вышли из печати и другие работы; в некоторых из них также шла речь о магических двух третях «улучшившихся» пациентов, интересно отметить, что среди пациентов относящихся к одной трети, то есть «не улучшившихся», достаточно редко бывали упомянуты те, кто в результате психотерапии «ухудшился», то есть симптомы, с которыми пациент обратился за психотерапевтической помощью, в результате лечения не только не исчезли, а скорее усилились или же сменились другими, не менее мучительными. Систематическое исследование этой проблемы было впервые предпринято А. Бергином (Bergin, 1971).

На этот же период приходятся исследования К. Роджерса (Rogers, 1957), которые, по сути, представляют собой промежуточное звено между исследованиями результатов и непосредственно процесса психотерапии. Он же явился пионером в области записи на магнитофон

психотерапевтических сеансов. Роджерс искал и опробовал различные методы, которые позволили бы надежно зафиксировать позитивный результат психотерапии; одним из них стала широко известная методика Q-сортировки, при помощи которой Роджерсу удалось показать, например, позитивные изменения в представлении о себе у его пациентов.

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

В американском городе Топека на базе Меннингеровской клиники в 1950-е годы было разработано, а затем и проведено самое трудоемкое из всех имеющихся на сегодня исследований по психотерапии; завершающий отчет по этому проекту представлен в работе Р. Валлерстейна (Wallerstein, 1986)⁵. В основу данного исследования был положен методологический принцип, вытекающий из предшествующего хода изучения психотерапии: «Исходя из теоретических соображений, мы считаем, что процесс и результаты психотерапии необходимым образом связаны между собой и что эмпирическое исследование, которое позволит дать ответы на многие вопросы, должно уделять одинаковое внимание обеим сторонам. В любом исследовании, направленном на изучение результатов, должны быть сформулированы критерии улучшения, ориентированные на характер заболевания и процесс изменения» (Wallerstein et al., 1956).

Еще одно методологически важное положение Меннингеровского проекта заключалось в том, что исследование проводилось в естественных условиях, то есть таким образом, чтобы оказывать минимальное воздействие на течение клинического процесса (а лучше всего вообще никакого), и согласно этому положению пациенты были направлены для прохождения той или иной терапии не в случайном порядке, а в соответствии с клиническими показаниями. 22 пациента проходили клинический психоанализ, 20 пациентов – психоаналитическую психотерапию, причем 22 человека из всех обследованных в течение какого-то времени лечились стационарно, а остальные – только амбулаторно (из этого можно сделать вывод о тяжести заболеваний пациентов). Для обследования пациентов в начале и в конце терапии, а также по прошествии определенного времени после окончания лечения использовались различные методы, в том числе подробная клиническая оценка квалифицированными экспертами (психотерапевтами и психоаналитиками) каждого случая.

Основные результаты этого героического исследования сформулированы Кернбергом (Kernberg et al., 1972) и Валлерстейном (Wallerstein, 1986); Кернберг утверждает, что для всего спектра психоаналитически ориентированной психотерапии прогностически хорошим показателем является сила Эго пациента, независимо от компетентности терапевта; при меньшей силе Эго пациента исход лечения не зависит от того, делается ли акцент на интерпретативной или поддерживающей стороне психотерапии: в любом случае успех терапии незначительный. Клинически тщательная проработка результатов исследования позволяет Валлерстейну более дифференцированно проинтерпретировать результаты: в целом можно утверждать, что во всех сорока двух случаях психотерапия содержала больше поддерживающих компонентов, нежели предполагалось исходно, и что поддерживающие компоненты играют важную роль в обеспечении успеха терапии.

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

⁵ На протяжении последующих лет участники проекта продолжали публиковать все новые материалы, относящиеся к проекту; на русском языке вышла в свет одна из подобных работ, принадлежащая перу Валлерстейна (см. «Иностранная психология», 1997).

Третья фаза изучения проблем психотерапии преодолевает тенденцию к групповым и статистическим подходам, искусственно построенным экспериментальным условиям и обращается вновь к натуралистическим методам, сохраняя при этом стремление к контролю над процессуальными факторами, которые также подлежат изучению. Один из участников Меннингеровского проекта, Л. Люборски в 1968 году провел собственное исследование в рамках так называемого Пенсильванского проекта, подробный отчет о котором вышел спустя двадцать лет (Luborsky et al., 1988). В ходе этого исследования надлежало оценить эффективность прогностических показателей результатов психотерапии. Было обследовано 73 пациента, проходивших так называемую экспрессивно-поддерживающую психотерапию (длительностью от 8 до 264 сеансов), причем все сеансы были записаны на аудиокассеты.

Результаты изучения подтвердили ожидания относительно прогностических факторов: лучшими показателями являются:

- а) показатель психологического здоровья (по шкале HSRS),
- б) эмоциональная свобода,
- в) сверхконтроль,
- г) сходство между пациентом и терапевтом.

Тем самым еще раз подтверждается положение о том, что для психодинамической психотерапии исходная степень душевного здоровья пациента выступает в качестве наиболее надежного прогностического признака успешности психотерапии. Наиболее общие итоги Пенсильванского проекта выглядят следующим образом:

- 1) состояние большинства пациентов, прошедших хотя бы несколько сеансов психотерапии, улучшается;
- 2) базисные личностные паттерны изменяются в результате психотерапии, однако и после терапии центральный паттерн взаимодействия сохраняет свою конфигурацию в большей степени за счет незначительного изменения структуры, обозначаемой как «желание», при заметном изменении структур, называемых «реакция другого» и «реакция субъекта»;
- 3) лишь немногие заканчивают психотерапию в худшем психологическом состоянии, чем до лечения (см. таблицу 1).

Таблица 1

Сравнительная оценка эффективности психотерапии по оценкам терапевтов и экспертов

	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

В целом исследование вновь подтвердило вывод о том, что мера душевного здоровья пациентов, или, иначе говоря, степень их сохранности, является статистически значимым прогностическим показателем будущего успеха психотерапии, что, разумеется, ограничивает возможности любого типа психотерапии.

Люборски, однако, не остановился на воспроизведении уже известных фактов; он также показал, что межличностное взаимодействие между пациентом и терапевтом в психоаналитической ситуации должно содержать факторы, благотворно воздействующие на процесс излечения. Еще в рамках Меннингеровского исследования он выделил восемь лечебных факторов психотерапии (Luborsky, Schimek, 1964):

- 1) опыт переживания отношений поддержки;
- 2) способность терапевта понимать и реагировать;
- 3) возрастающее самопонимание пациента;
- 4) уменьшение «навязчивости» межличностных конфликтов;
- 5) способность пациента интернализировать достигнутое в процессе психотерапии;
- 6) обретение пациентом большей терпимости по отношению к мыслям и чувствам;
- 7) мотивация к изменению себя;
- 8) способность терапевта предложить ясную, разумную и действенную технику.

В Пенсильванском исследовании в числе прочих методов применялся разработанный Люборски метод выявления центральной конфликтной темы отношений⁶. Было показано, что в успешных случаях терапии конфликтные отношения пациента утрачивают свой непереносимый и центральный характер, особенно если интерпретационная работа направлена на эти отношения. Это в свою очередь влечет за собой снижение интенсивности симптоматики. Тем самым в исследовании Люборски получил подтверждение один из центральных пунктов теории психодинамической психотерапии относительно связи межличностных конфликтов и невротической симптоматики.

В общем и целом в 70-е годы интерес исследователей, как уже отмечалось, сосредоточивался на изучении конфигураций отношений пациента в терапии и вне ее; при этом делаются попытки выделения различных структурных единиц отношений – уже упомянутый центральный паттерн отношений (Luborsky, Schimek, 1964), конфигурации отношений (Horowitz, 1979), структуры сознания (Dahl, 1988) и др. Наряду с ориентированным на структуру подходом разрабатывается подход, ориентированный на понимание процесса формирования отношений – Вайсс и Сэмпсон (Weiss, Sampson, 1986), Мертон Гилл и Ирвинг Хоффман (Gill, Hoffman, 1982). Кроме того, развиваются методы микроанализа невербальных аспектов психотерапевтического взаимодействия; так, например, работы Р. Краузе (Krause, 1988; Krause, Luetolf, 1988) по изучению тонких мимических взаимодействий между пациентом и терапевтом открывают путь к эмпирически обоснованному пониманию процессов переноса-контрпереноса. Сотрудничество психотерапевтов и лингвистов позволяет проводить дискурс-анализ протоколов психотерапевтических сеансов (Flader et al., 1982), благодаря чему понятийный аппарат лингвистики переносится в область терапевтического диалога, открывая тем самым возможность более осознанного использования вербальных и паравербальных средств взаимодействия в клинической работе.

⁶ CCRT – Central Core Conflictual Theme; на русском языке об этом методе см.: *Калмыкова Е. С.* Об одном методе исследования изменений индивидуального сознания в процессе психотерапии // Психологический журнал. 1994. № 2.

Изучение эффективности психотерапии

Общий эффект психотерапии

Исследования результатов психотерапии – это одна из тех областей, где полученные данные допускают множественное толкование, во многом обусловленное методом сбора материала и понятиями, посредством которых данные интерпретируются. Наиболее объективными считаются результаты, полученные путем так называемого метаанализа отдельных исследований. Первые метаисследования, направленные на подтверждение благоприятного воздействия психотерапии в самых общих чертах путем сравнения результатов применения различных психотерапевтических техник, показали, что у тех, кто проходил психотерапию, улучшение наступает значительно чаще, чем у тех, кто психотерапию не проходил (Bergin, Garfield, 1994). Тем не менее эти данные не находятся в противоречии с тем фактом, что у отдельных пациентов в результате психотерапии может наступить ухудшение. Таким образом, метаанализ, несмотря на претензии на объективность, в действительности приводит к противоречивым заключениям. Но все же он позволяет однозначно говорить о наличии психотерапевтического эффекта по сравнению с отсутствием лечения. К настоящему моменту почти не осталось сомнений в том, что психотерапия в общем и целом оказывает благотворное воздействие на пациентов, хотя признается также, что не всегда удается достичь позитивных изменений в желаемой степени.

Позитивные изменения при отсутствии лечения

Если психотерапия является эффективной, то изменения, вызываемые ею, должны быть более значительными, чем те, которые могут возникнуть сами по себе (так называемая спонтанная ремиссия). Это тот самый вопрос, который был поднят Айзенком (Eysenck, 1952) еще в 1952 году и который поставил под сомнение саму ценность психотерапии как способа лечения. Это послужило стимулом к разворачиванию множества исследований, в ходе которых постепенно вырабатывалась современная методология изучения эффективности психотерапии. К сожалению, в большинстве ранних эмпирических работ не применялась, например, такая методология исследований, согласно которой пациенты в случайном порядке распределяются на тех, кто будет получать психотерапевтическое лечение, и тех, кто окажется в контрольной группе. В результате оказывается невозможным достоверно сравнить пациентов, проходивших и не проходивших лечение. Последовавшие после сенсационной работы Айзенка исследования, основанные на метаанализе той же литературы, которую использовал Айзенк, а также других источников, свидетельствует о том, что реальные показатели улучшения при отсутствии психотерапии были существенно ниже, чем указывает Айзенк. Исследования Бергина и Ламберта, например, показали, что спонтанная ремиссия возникала примерно у 40 % невротических пациентов (Bergin, Lambert, 1978). В другом исследовании, проведенном Ховардом с соавт. (Howard et al., 1986) на материале метаанализа отдельных работ, в которых в общей сложности приводились данные по 2431 пациенту, собранные за период около тридцати лет, была выявлена стабильная закономерность, отражающая взаимосвязь между количеством психотерапевтических сеансов, полученных пациентом, и степенью его улучшения.

В исследованиях с применением плацебо обнаружено, что состояние пациентов, получивших плацебо, улучшается в большей степени, чем состояние пациентов из контрольной группы, не получавших никакой терапии, но пациенты, прошедшие психотерапию, демонстрируют еще большее улучшение. В любой психотерапии присутствуют внимание, уважение,

поддержка, которые оказываются важным лечебным фактором. Разумеется, имеются достаточно убедительные свидетельства того, что результаты даже краткосрочного психотерапевтического вмешательства могут быть стойкими и продолжительными. Так, Николсон и Берман (Nicholson, Berman, 1983) на материале метаанализа шестидесяти семи исследований эффективности психотерапии приходят к выводу, что на начальных этапах психотерапии возникает заметное улучшение, которое на последующих стадиях сохраняется и возрастает; оно сохраняется также спустя длительное время после окончания лечения.

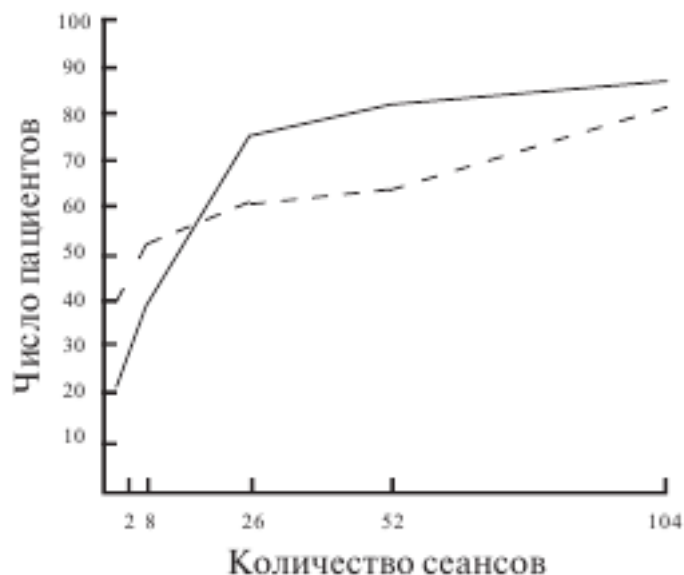


Рис. 1. Соотношение между количеством психотерапевтических сеансов и числом пациентов (в процентах), состояние которых улучшилось (сплошная линия показывает изменение объективных показателей улучшения в конце лечения; пунктирная линия – изменение субъективных показателей по ходу лечения).

Следующий вопрос, заслуживающий подробного рассмотрения, – это вопрос о том, какая психотерапевтическая техника оказывается наиболее эффективной. В настоящее время в психотерапии наблюдается тенденция к эклектизму или к интеграции различных технических и теоретических подходов в единый обширный подход к лечению, для которого характерно избегание какого-либо строгого правила, выработанного 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 стороны – с поведенческими, когнитивными, экспериментально-психологическими теориями и подходами. Это разделение отражается не только на применяемых техниках, но и на программах обучения психотерапевтов (акцент на анализе клинических случаев, личном опыте, штудировании теоретических работ или же на научных принципах, экспериментальных данных, «технологиях» терапевтических воздействий). Что касается эффективности обоих этих течений, то недавние сравнительные исследования различных авторов показали, что психотерапевтическая действенность многочисленных разновидностей лечения приблизительно одинакова. Хотя эти исследования проводились традиционными методами, применение более современной методологии метаанализа данных принесло в целом те же результаты (Bergin, Lambert, 1978; Beutler, 1979; Goldstein, Stein, 1976; Kellner, 1975; Rachman, Wilson, 1980; Luborsky, Singer, Luborsky, 1975; Shapiro, Shapiro, 1982; Nicholson, Berman, 1983).

Например, в так называемом Шеффилдском проекте (Shapiro, Firth, 1987) когнитивно-бихевиоральная терапия (обозначенная авторами исследования как «предписываю-

щая»), включающая техники релаксации и совладания с тревогой, рациональное переструктурирование и тренинг социальных навыков, сопоставлялась с терапией (обозначенной как «эксплоративная»), ориентированной на отношения. Клиентами были рабочие и служащие, страдавшие от невротической депрессии или тревоги. В исследовании использовался «перекрестный» экспериментальный дизайн, согласно которому каждая пара «терапевт – пациент» работала по восемь недель (один сеанс в неделю) в одном терапевтическом жанре, после чего ровно столько же времени в другом жанре терапии. Такой дизайн позволяет с высокой степенью надежности контролировать переменные, связанные с личностью пациента и терапевта, благодаря чему возникает возможность оценить эффект терапевтического воздействия. Результаты показали небольшое преимущество «предписывающей» психотерапии по опросникам, оценивающим выраженность симптомов, и по стандартизованному психиатрическому интервью, однако из 30 случаев лишь в 7 различия по эффективности оказались статистически значимыми.

В целом многочисленные отдельные исследования и результаты метаанализа приводят к заключению, что различные техники психосоциальной терапии оказываются приблизительно равными по эффективности. Незначительное преимущество когнитивно-бихевиоральных подходов, которое обнаруживается в большинстве подобных работ, можно объяснить, например, тем, что методы измерения эффективности фиксируют в первую очередь поведенческие изменения у пациентов, а не количество или качество инсайтов, пережитых ими в ходе терапии. Еще одно возможное объяснение: подавляющее большинство подобных исследований проводится психотерапевтами именно когнитивно-бихевиоральной ориентации, так что неудивительно, что результаты интерпретируются в пользу «своего» направления.

Однако более интригующим итогом исследований представляется как раз малая степень различий в эффективности столь разных по своим теоретическим и методическим основаниям психотерапевтических школ; для объяснения этого факта предлагается три альтернативных гипотезы:

1. Различные психотерапии достигают сходных целей посредством различных процессов.
2. В действительности имеют место различные исходы терапии, которые, однако, не улавливаются применяемыми исследовательскими стратегиями.
3. Различные формы терапии включают в себя определенные общие для всех компоненты, которые оказывают лечебное воздействие, хотя и не занимают центрального места в присущем данной школе теоретическом обосновании психотерапевтического изменения.

В настоящее время ни одну из этих трех гипотез невозможно ни полностью доказать, ни полностью опровергнуть; пожалуй, наибольшее число сторонников собрала третья гипотеза, предполагающая наличие общих факторов, присущих всякому психотерапевтическому подходу. К ним в первую очередь относятся: теплота и поддержка, внимание к пациенту, надежность психотерапевта, некоторая доля суггестии, ожидание улучшения и запрос на улучшение. Среди общих факторов наиболее исследованы так называемые «необходимые и достаточные условия» личностного изменения пациента, выявленные в рамках центрированного на клиенте подхода (Rogers, 1957): эмпатия, позитивное отношение, ненавязчивая теплота и конгруэнтность психотерапевта. Практически все школы психотерапии признают, что данные характеристики отношения терапевта к пациенту важны для достижения улучшения в терапии и являются также фундаментальными в построении терапевтического альянса. Ламберт и Бергин (Lambert, Bergin, 1994) предлагают следующий перечень общих факторов, сгруппированных в три категории – поддержка, научение, действие, – связанные с успешным исходом психотерапии:

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

В последнее время становится также все более очевидно, что определенные личностные качества пациента играют существенную роль в формировании терапевтических отношений и, соответственно, влияют на исход терапии. Страпп (Strupp, 1980a, 1980b, 1980c, 1980d) сообщает о четырех сериях исследований, в каждой из которых два пациента проходили краткосрочную терапию у одного и того же психотерапевта, причем один из пациентов демонстрировал значительный прогресс, а терапия второго пациента была оценена как неудачная. Эти сообщения являются частью обширного исследования с использованием различных методов оценки эффективности психотерапии и анализа взаимодействий между пациентом и терапевтом. Во всех упомянутых случаях пациентами были студенты колледжа (мужчины), страдавшие от тревожности, депрессии, социальной отстраненности. Все терапевты, принимавшие участие в исследовании, обладали достаточно хорошими профессиональными навыками, однако межличностные отношения с каждым из двух пациентов существенно различались. В восьми полученных отчетах (по два от каждого терапевта) пациент, достигший значительного успеха, характеризовался как более ориентированный на построение значимых отношений с терапевтом и действительно сумевший это сделать, тогда как «неуспешный» пациент не сформировал отношений с терапевтом и был склонен взаимодействовать на более поверхностном уровне.

Благодаря исследовательскому дизайну вклад психотерапевта в обоих случаях можно было считать более или менее константным, что позволяло приписать различия в результатах терапии переменным, привнесенным пациентами. Сюда можно отнести такие факторы, как организация Эго пациента, зрелость, мотивация, способность активно включиться в предлагаемый межличностный процесс. Страпп подчеркивает, что опыт прошлых межличностных отношений пациента играет важную роль для достижения им значимых изменений в ходе терапевтического взаимодействия. К сходным результатам приходят также Люборски (Luborsky et al., 1979), Кросс и Шихэн (Cross, Sheehan, 1982), Моррис и Сакермэн (Morris, Suckerman, 1974a, 1974b, 1975) и ряд других авторов.

В последние годы проявляется тенденция к сопоставлению не столько эффективности различных психотерапевтических направлений в целом, сколько к рассмотрению возможного воздействия конкретной терапевтической техники на конкретное психическое нарушение

независимо от исходного общетеоретического направления. В результате этих исследований, с одной стороны, подтверждается ведущая роль «неспецифических» компонентов психотерапии; с другой стороны, удается обнаружить некоторые специфические факторы; например, в случае лечения депрессии в контексте когнитивно-бихевиорального направления важным моментом является новый способ описания проблемы, предлагаемый терапевтом, а также постоянная «обратная связь» от терапевта к пациенту относительно продвижения последнего и т. п.

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

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

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

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

4. Несмотря на то, что отдельные психотерапевтические направления сохраняют своеобразие и свойственную им специфику взаимодействия с пациентом, многие психотерапевты в настоящее время придерживаются эклектического подхода. Это, с одной стороны, отражает естественную ответную реакцию на эмпирические данные и отвержение существовавшей прежде установки на строгое соблюдение правил и требований определенной школы. С другой стороны, это позволяет максимально гибко приспосабливать технику к запросам и нуждам пациента, его личностным особенностям и объективным обстоятельствам проведения психотерапии.

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

6. И, наконец, необходимо иметь в виду, что за усредненными показателями улучшения состояния пациентов в результате психотерапии скрываются весьма существенные индивидуальные различия; одной из детерминант этих различий является личность самого психотерапевта, другой – личность пациента. Совершенно очевидно, что не всем можно помочь и не все психотерапевты непременно достигают успеха с любым пациентом. Из этого следует, что

есть потребность в более тщательном анализе взаимосвязи между процессом и результатом психотерапии, основывающемся не только на клинических суждениях, но и на систематических эмпирических данных.

Методы изучения психотерапевтического взаимодействия

Методы исследования психотерапевтического процесса в целом и – более узко – психотерапевтического взаимодействия можно расклассифицировать в соответствии со следующими категориями измерений: методы прямого/непрямого измерения; фокус анализа; перспектива анализа; изучаемый аспект процесса, тип шкалирования, теоретическая ориентация (см. Lambert, Hill, 1994). Прямые методы подразумевают кодировку или оценку поведения в ходе реальных сеансов или их записей (транскриптов, аудио– или видеозаписей). Это обычно делают так называемые эксперты или судьи. Соответственно, не прямые методы – это опросники, заполняемые, как правило, сразу после сеанса непосредственными участниками терапевтического процесса и характеризующие их состояние в ходе сеанса.

Фокусов анализа может быть три: пациент, терапевт, диадическое взаимодействие; под перспективой же анализа понимается точка зрения, с которой описывается психотерапевтический процесс, соответственно, терапевта, пациента или же «независимого» эксперта. В прошлые времена предполагалось, что эксперты могут судить о процессе терапии объективно, поскольку они не задействованы в нем лично. В настоящее время нет сомнений в том, что эксперты могут быть не менее пристрастны, чем непосредственные участники взаимодействия, однако их пристрастия не обусловлены включенностью в процесс.

Эллиот (Elliott, 1991) предлагает различать четыре аспекта процесса взаимодействия: содержание (что именно говорится); действия (какого рода действие осуществляется – вопрос, просьба и т. д., то есть характер речевого акта); стиль/состояние (как именно говорится, например, эмпатически, осуждающе и т. д.); качество (насколько хорошо нечто говорится или делается).

При шкалировании используются чаще всего шкалы типа ликертовских – пяти-, семи- или девятибалльные. Другой способ описания – категориальная кодировка, когда все данные квалифицируются в соответствии с некой системой категорий. Наконец, время от времени применяется так называемая Q-сортировка, при которой эксперты оценивают психотерапевтический процесс в категориях, распределенных по оценочной шкале. Теоретическая ориентация, в рамках которой создавался метод, может существенно ограничивать возможности его применения для каких-либо других видов психотерапии; здесь важно учитывать методологический принцип «конгруэнтности проблемы лечения и результата»: вразумительность исследования психотерапии определяется изоморфизмом или конгруэнтностью наших понятий относительно клинической проблемы, а также процессом терапевтического изменения и клиническим результатом (Strupp, Schacht, Henry, 1988, p. 7).

Наиболее полные описания имеющихся на сегодня методов исследования психотерапевтического процесса представлены в сборниках под редакцией Гринберга и Пинсофа (Greenberg, Pinsof, 1986), Кислера (Kiesler, 1973), Рассела (Russell, 1987). В нашей статье мы коснемся лишь одного из них, направленного на анализ взаимодействий между психотерапевтом и пациентом. Речь пойдет о разработанном Л. Бенджамин методе САСП – структурном анализе социального поведения (SASB – Structural Analysis of Social Behavior, 1974), который широко используется для изучения интеракций между пациентом и психотерапевтом в индивидуальной и семейной психотерапии.

САСП основывается на так называемой циркулярной модели социального поведения, предложенной Т. Лири и получившей дальнейшее развитие в трудах Дж. Кислера (Kiesler, 1983). Согласно этой модели, все межличностное поведение можно описать в одной плоскости,

на которой задаются две оси – ось аффилиации (любовь-ненависть) и ось взаимозависимости (независимость-контроль). Л. Бенджамин в своей модели предлагает различать три плоскости вместо одной в соответствии с фокусом внимания интеракции: любая интеракция может быть либо направлена на партнера (транзитивный фокус), либо является ответной реакцией на предшествующую интеракцию партнера (интранзитивный фокус), либо может выражать состояние «я» субъекта (интроективный фокус).

Межличностная теория, на которой базируется САСП, восходит к Г. С. Салливану (Sullivan, 1953). Согласно его точке зрения, личностная концепция Я вытекает из тех оценок, которые индивидуум получает в течение своей жизни со стороны значимых для него людей. Тем самым личность понимается как постоянно заново формирующаяся результирующая субъективно интернализированных прошлых отношений. На этой базе Бенджамин разработала единую динамическую модель межличностного взаимодействия и интрапсихических функций, включающую в себя сенситивную и в то же время удобную технологию соответствующих измерений. Для прогнозирования индивидуального поведения она стремится в первую очередь понять мироощущение субъекта.

Структурный анализ социального поведения выходит за грань вышеупомянутых плоскостных круговых моделей, выделяя в каждом коммуникативном акте с помощью различных фокусировок (с точки зрения действующего лица) три плоскости межличностного взаимодействия: транзитивную (активную), нетранзитивную (реактивную) и плоскость интроекта. Благодаря различению трех плоскостей межличностного взаимодействия, в особенности благодаря различению активного (транзитивного) и реактивного (интранзитивного) фокуса, то есть в зависимости от направленности коммуникативных действий, методика САСП решает хроническую проблему простых круговых моделей: в них, например, стремление доминировать над другими людьми оказывается прямой противоположностью желания подчиняться, при этом оба качества – активность и реактивность – оказываются на одном и том же полюсе контрольного измерения. Лишь различение коммуникативной направленности (фокуса), вводимое в САСП, позволяет избежать смешения активного и реактивного измерения человеческого общения, благодаря чему теперь можно сформулировать дифференцированные трансактные концепции комплементарности, антитезы и т. д.

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

Ориентация на процесс построения отношений означает, что методика должна выявлять и кодировать межличностные интеракции между участниками. Кодирование таких интеракций по САСП производится феноменологически по наблюдаемым проявлениям, не допуская спекулятивных теоретических заключений о неосознаваемой «сути происходящего», которая якобы проявляется в определенной сцене. Благодаря этому при правильном понимании и применении метод САСП оказывается нейтральным по отношению к отдельным психотерапевтическим школам и именно поэтому предлагает им универсальный язык общения. Психоаналитики и поведенческие терапевты могут, таким образом, обмениваться мнениями без необходимости делать скидку на неприемлемые теоретические предпосылки позиций оппонента. Это означает, что применение метода САСП позволяет осуществить методологический принцип конгруэнтности «проблемы лечения и результата», обеспечивающий релевантность, валидность и сопоставимость получаемых данных.

Особо продуктивным оказывается этот метод при изучении различных составляющих психотерапевтического процесса. Так, в исследовании Хенри, Шахта и Страппа (Henry, Schacht, Strupp, 1986) было показано, что один и тот же психотерапевт, выстраивая различные межличностные отношения с тем или иным пациентом, может достичь успеха или потерпеть неудачу в терапии. Факт, что межличностный процесс коррелирует с успешностью терапии, подтвердился для различных психотерапевтических направлений. В успешных случаях психотерапевт осуществляет по отношению к пациенту в большей степени аффилиативный контроль и в меньшей – враждебный контроль и предоставляет большую аффилиативную автономию; пациент, со своей стороны, демонстрирует в большей степени дружескую дифференциацию и в меньшей степени – враждебную сепарацию по отношению к психотерапевту. Далее, для успешных случаев характерна большая позитивная комплементарность взаимодействий психотерапевта и пациента, когда оба участника коммуникации действуют в дружеской манере, и значительно меньшая негативная комплементарность (один дружелюбен, другой враждебен), чем для неуспешных случаев.

Метод САСП благодаря наличию третьей плоскости (плоскости интроекта, то есть структуры, содержащей комплекс представлений о себе и средства саморегуляции) дает возможность также анализировать внутриличностную динамику пациента в связи с текущим интерперсональным процессом. С теоретической точки зрения именно изменение интроекта по направлению к большей адаптированности позволяет пациенту прийти к разрешению «проблемы» и, соответственно, определяет успех психотерапии. Исходя из этого, можно ожидать, что интернализация позитивного межличностного процесса обеспечит позитивное же изменение интроекта пациента, и наоборот; эта гипотеза была также подтверждена в другом исследовании (см. Henry et al., 1990).

Обобщенное представление о возможностях изучения психотерапевтического процесса, предоставляемых методом САСП, сформулировано в работе У. Хенри (Henry, 1996): САСП позволяет операционализировать психодинамические конструкты и понятия таким образом, что они становятся доступны для исследования в рамках принципа конгруэнтности «проблемы лечения и результата». Это открывает путь к сопоставлению различных видов психотерапии, к построению интегративной модели психотерапии и в конечном итоге – к пониманию механизмов изменений пациентов и к возрастанию эффективности и успешности психотерапевтического воздействия в целом.

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

Библиография

- Alexander F. (1937) Five year report of the Chicago Institute for Psychoanalysis, 1932–1937. – Chicago, Institute of Psychoanalysis.
- Benjamin L. S. (1974) Structural analysis of social behavior // *Psychological Review*. 81, 392–425.
- Bergin A. (1971) The evaluation of therapeutic outcomes // *Garfield S. L., Bergin A. E. (Eds.). Handbook of psychotherapy and behavior change*. – N. Y.: Wiley, 217–270.

- Bergin A. E., Lambert M. I. (1978) The evaluation of therapeutic outcomes // *Garfield S. L., Bergin A. E. (Eds.). Handbook of psychotherapy and behaviour change: An Empirical Analysis*. 2nd ed. – N. Y.: Wiley.
- Bergin A. E., Garfield S. L. (Eds.) (1994) *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. 4th ed. – N. Y.: Wiley.
- Beutler L. E. (1979) Toward specific psychological therapies for specific conditions // *J. of Consulting and Clinical Psychology*. 47, 882–892.
- Cross D. G., Sheehan P. W. (1982) Secondary therapist variables operationing in short-term insight-oriented and behavior therapy // *British J. of Medical Psychology*. 55, 275–284.
- Dahl H. (1988) Frames of mind // *Dahl H., Kächele H., Thomä H. (Eds.) Psychoanalytic process research strategies*. – N. Y., 51–66.
- Dahl H., Kächele H., Thomä H. (Eds.) (1988) *Psychoanalytic process research strategies*. – N. Y.
- Elliott R. (1991) Five dimensions of therapy process // *Psychotherapy Research*. 1, 92–103.
- Eysenk H. (1952) The effects of psychotherapy: an evaluation // *J. Consult. Psychology*. 16, 319–324.
- Fenichel O. (1930) Statistischer Bericht über die therapeutische Tätigkeit 1920–1930 // *Rado S., Fenichel O., Müller-Braunschweig C. (Hg.) Zehn Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut, Poliklinik und Lehranstalt*. – Wien: Int. Ps. Verl., 13–19.
- Flader D., Grodzicki W. D., Schröter K. (1982) *Psychoanalyse als Gespräch: Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision*. – Frankfurt/M, Suhrkamp.
- Gill M. M., Hoffman I. S. (1982) Analysis of transference. Vol. II. Studies of nine audio-recorded psychoanalytic sessions. – N. Y.: Intern. Univ. Press.
- Goldstein A. P., Stein N. (1976) *Prescriptive psychotherapies*. – N. Y.: Pergamon.
- Greenberg L., Pinsof W. (Eds.) (1986) *The psychotherapeutic process: A research handbook*. – N. Y.: Guilford.
- Henry W. P. (1996) Structural Analysis of Social Behaviour as a Common Metric for Programmatic Psychopathology and Psychotherapy Research // *J. of Consulting and Clinical Psychology*. 64, 6, 1263–1275.
- Henry W. P., Schacht T. E., Strupp H. H. (1990) Patient and therapist introject, interpersonal process and differential psychotherapy outcome // *J. of Consulting and Clinical Psychology*. 58, 768–774.
- Henry W. P., Schacht T. E., Strupp H. H. (1986) Structural Analysis of Social Behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome // *J. of Consulting and Clinical Psychology*. 54, 27–31.
- Horowitz M. Z. (1979) *States of mind: Analysis of change in psychotherapy*. – New York/London.
- Howard H. I., Kopte S. M., Krause M. S., Orlinsky D. E. (1986) The dose-effect relationship in psychotherapy // *American Psychologist*. 41, 159–164.
- Jones E. (1936) *Report of the Clinic Work*. London Clinic of Psychoanalysis.
- Kächele H. (1992) Psychoanalytische Psychotherapieforschung // *Psyche*. 46, 3, 259–285.
- Kächele H., Strauss B. M. (1998) *Approaches and Methods in Psychotherapy Research or Do we need Empirically Validated / Supported Treatments*. – Motevideo.
- Kazdin A. (1994) Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research // *Bergin A., Garfield S. (Eds.) Handbook of psychotherapy and behaviour change*, 4th ed. – N. Y.: Wiley, 19–71.
- Kellner R. (1975) Psychotherapy in psychosomatic disorders: A survey of controlled outcome studies // *Archives of General Psychiatry*. 35, 1021–1028.

Kernberg O. F., Bursteine E. D., Coyne L., Appelbaum A., Horwitz L., Voth H. (1972) Psychotherapy and psychoanalysis. Final report of the Menninger Foundation // *Bull. Menninger Clin.* 36, 3–275.

Kiesler D. (1973) *The process of psychotherapy*. – Chicago: Aldine.

Kiesler D. (1983) The interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions // *Psychol. Rev.* 90, 3, 185–214.

Krause R. (1988) Eine Taxonomie der Affekte und ihre Anwendung auf das Verständnis der «frühen» Störungen // *Psychotherapy and Medical Psychology*. 38, 77–86.

Krause R., Luetolf P. (1988) Facial Indicators of transference processes within psychoanalytic treatment // *Dahl H., Kächele H., Thomä H. (Eds.) Psychoanalytic process research strategies*. – N. Y., 241–256.

Lambert M., Bergin A. (1994) The effectiveness of psychotherapy // *Bergin A., Garfield S. (Eds.) Handbook of psychotherapy and behaviour change*. 4th ed. – N. Y.: Wiley, 143–189.

Lambert M., Hill C. (1994) Assessing psychotherapy outcomes and processes // *Bergin A., Garfield S. (Eds.) Handbook of psychotherapy and behaviour change*. 4th ed. – N. Y.: Wiley, 72–113.

Luborsky L., Bachrach H., Graff H., Pulver S., Christoph P. (1979) Preconditions and consequences of transference interpretations: A clinical-quantitative investigation // *J. of Nervous and Mental Disease*. 167, 391–401.

Luborsky L., Schimek J. (1964) Psychoanalytic theories of therapeutic and developmental change: implications for assessment // *Worche P., Byrne T. (Eds.) Personality change*. – N. Y.: Wiley.

Luborsky L., Singer B., Luborsky L., (1975) Comparative studies of psychotherapy // *Archives of General Psychiatry*. 32, 995–1008.

Luborsky L., Crits-Christoph P., Mintz J., Auerbach A. (1988) *Who Will Benefit From Psychotherapy*. – N. Y.: Basic Books.

Morris R. J., Suckerman K. R. (1975) Morris and Suckerman reply // *J. of Consulting and Clinical Psychology*. 43, 585–586.

Morris R. J., Suckerman K. R. (1974) The importance of therapeutic relationships in systematic desensitization // *J. of Consulting and Clinical Psychology*. 42, 148.

Morris R. J., Suckerman K. R. (1974) Therapist warmth as a factor in automated systematic desensitization // *J. of Consulting and Clinical Psychology*. 42, 244–250.

Nicholson R. A., Berman J. S. (1983) Is follow-up necessary in evaluating psychotherapy? // *Psychological Bulletin*. 93, 261–278.

Rachman S., Wilson G. T. (1980) *The effect of psychological therapy: Second enlarged edition*. – N. Y.: Pergamon.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.