

Арнольд Лазарус: Пять распространенных мифов о психотерапии

В области психотерапии существует множество мифов и предрассудков. Вот пять из тех, что препятствуют эффективной краткосрочной терапии:

- Миф 1: Глубина терапии важнее широты.
- Миф 2: Все зависит от отношений.
- Миф 3: Изменения генерализуются автоматически.
- Миф 4: Запрет на переход терапевтических границ.
- Миф 5: Несогласие с терапевтическими рекомендациями или их невыполнение есть признак “сопротивления”.

Обсудим теперь кратко каждый миф.

Широта или глубина ?

Мои посттерапевтические опросы показывают, что если терапевт узко сосредоточен только на одном измерении, эффект от работы, возможно, не будет продолжительным. Трудно переоценить важность широты. Те, кто подчеркивают глубину, склонны исследовать специфические элементы бессознательных процессов у пациентов. Так специалисты в краткосрочной психодинамической психотерапии фокусируются исключительно на доэдиповых или эдиповых конфликтах; другие сосредоточены на сепарационной тревоге клиентов или рассматривают только межличностные ролевые диспуты. Некоторые когнитивные терапевты уделяют внимание только искажениям в мышлении или иррациональным убеждениям. С моей точки зрения, при такой тактике можно упустить значительные аспекты, требующие терапевтического вмешательства. Я видел много клиентов, заявлявших о том, что они достигли значительного понимания, проведя годы в инсайт-ориентированной терапии, но которые, тем не менее, еще придерживались дисфункциональных философских взглядов на жизнь (возможно, потому, что никто специально не обсуждал их иррациональные идеи), которые были очень напряжены (в частности, потому, что они никогда не учились, как применять простое глубокое мышечное расслабление), которые страдали (иногда – крайне) от межличностной неэффективности (потому что никогда не тренировались в необходимых социальных навыках).

Отношения клиента и терапевта

Вот типичное (ошибочное) утверждение: “То, чем является индивидуальный терапевт, важнее чем то, что он или она делает” (Goodkin, 1981, p. 6). Конечно, личность терапевта, степень заботы, стиль общения и способность к эмпатии существенны, но сам по себе даже очень любящий, заботящийся, понимающий клиницист не поможет большинству клиентов с симптомами навязчивости, фобиями, биполярной депрессией, острыми паническими расстройствами или индивидам с особыми сексуальными дисфункциями (перечислены лишь некоторые проблемы), если он или она не знает как применить специфические навыки. “Терапевтические отношения – это почва, позволяющая техникам пустить корни” (Lazarus & Fay, 1984). Иногда отношения могут обеспечить адекватные условия, которые и необходимы, и достаточны (эту идею выдвинул Роджерс (Rodgers, 1957), и она еще звучит у

его последователей), но в большинстве случаев хороший рабочий альянс обычно необходим, но часто не достаточен (Fay & Lazarus, 1993). В сущности, эффективная терапия требует подходящих, правильно применяемых техник в контексте доверительных и внимательных отношений. Отношения служат для того, чтобы обучать, мотивировать, обобщать, формулировать и разделять проблемы и решения.

Генерализация

Удивительно, но многие еще верят, что изменение в консультационном кабинете автоматически переходит в повседневную жизнь клиента. Недавно один терапевт заметил: “Когда Чарли пришел в мою группу, он был таким робким, что и слова не мог вымолвить. За 3 или 4 сессии он стал настоящим котерапевтом – активным и решительным”. Я спросил: “А Вы выяснили, распространяются ли эти новообретенные умения за пределы Вашей группы?”. Терапевт ответил: “Конечно, распространяются”. Нельзя считать это гарантированным. Я знаю многих, кто весьма продвинулся в рамках групповой терапии, но остался робким и необщительным в других ситуациях. Домашние задания и различные экскурсии *in vivo* часто необходимы, чтобы быть уверенным, что изменения в кабинете продолжаются в рабочей обстановке, дома и в социальном окружении клиента. Тщательное отслеживание выполнения домашних заданий в промежутках между сессиями нужно для подтверждения того, что знание и инсайт привели к изменению на уровне действий.

Переход границ

Существует обширная литература, призывающая терапевтов осознавать и уважать границы. Она включает, например, такие предостережения: поддерживать нейтральность терапевта, защищать конфиденциальность, избегать любых личных отношений с пациентами, информировать и получать согласие перед применением специфических техник, избегать физического контакта, двойных отношений и минимизировать самораскрытие терапевта. Назначение этих предупреждений – в том, чтобы охранять благополучие пациентов, не допустить их использования, нанесения им вреда. Цель – уверенность в том, что терапевт относится к клиенту с уважением и достоинством. Несмотря на эти добрые намерения, как я уже подчеркивал (Lazarus, 1994), если придерживаться этих указаний слишком строго, они могут стать препятствием в работе. Так, многие терапевты никогда не стали бы обсуждать что-либо с клиентом в ресторане, поскольку назвали бы это “двойными отношениями”, они отказались бы принять простейший подарок, настаивая на том, что терапевт не может брать у клиента ничего, кроме платы за услуги, они отклонили бы приглашение на свадьбу клиента на том основании, что выход за пределы частной и профессиональной ситуации может быть крайне вредным (Borys, 1994). На данный момент просто заметим, что практика краткой, но всеобъемлющей психотерапии требует от терапевта желания применять более смелые методы, чем просто беседа, и быть готовым пойти на некий рассчитанный риск. (Разница между разрушительным и терапевтическим переходом границ обсуждается отдельно).

Несогласие и “сопротивление”

Вместо того, чтобы приписывать недостаток терапевтического прогресса “сопротивлению” пациента, лучше отнести большинство неудач к ограниченности нашего знания и наших личностей. Причинами терапевтических тупиков представляются такие факторы как несоответствие терапевта и клиента, отсутствие раппорта, использование терапевтом неправильных техник или неудачное применение подходящих процедур, неудача в распознавании ситуаций, которые поддерживают или подкрепляют проблемы клиента (Lazarus & Fay, 1982). Терапевты, постулирующие наличие внутреннего агента – “сопротивления”, – похоже, реже ищут внешние источники помех.

Наиболее очевидное проявление несогласия – неудача клиента в выполнении предварительно обсужденного домашнего задания. Вместо того, чтобы допустить, что за невыполнением стоит некое неспецифическое “сопротивление”, полезнее рассмотреть разнообразные конкретные возможности:

- Было ли задание подробно объяснено и ясно понято?
- Было ли задание неподходящим или не особенно уместным?
- Было ли оно слишком угрожающим?
- Было ли оно слишком требовательным или не оправдывающим усилий?
- Был ли пациент недостаточно просвещен относительно полезности и ценности домашних заданий?
- Был ли пациент против самопомощи вообще?
- Были ли терапевтические отношения напряженными?
- Саботировал ли терапию кто-то из окружения пациента?
- Получал ли пациент большую вторичную выгоду, не позволяющую отказаться от неадаптивного поведения?

Borys, D.S. (1994). Maintaining therapeutic boundaries: The motive is therapeutic effectiveness, not defensive practice. *Ethic & Behavior*, 4, 267-273.

Fay, A., & Lazarus, A.A. (1993). On necessity and sufficiency in psychotherapy. *Psychotherapy in Private Practice*, 12, 33-39.

Goodkin, B. (1981). *A therapist's notebook*. Little Falls, NJ: Lennox.

Lazarus, A.A. (1994). How certain boundaries and ethics diminish therapeutic effectiveness. *Ethics & Behavior*, 4, 255-261.

Lazarus, A.A., & Fay, A. (1982). Resistance or rationalization? A cognitive-behavioral perspective. In P.L. Wachtel (Ed.), *Resistance: psychodynamic and behavioral approaches*. New York: Plenum.

Lazarus, A.A., & Fay, A. (1984). Behavior therapy. In T. B. Karasu (Ed.), *The psychiatric therapies*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.

Из книги "Краткая, но всеобъемлющая психотерапия" (*Brief But Comprehensive Psychotherapy: The Multimodal Way*)

Материалы с сайта: <http://www.psychology.ru/yarkor/>

Арнольд А. Лазарус: Некоторые размышления после 40 лет попыток быть эффективным психотерапевтом

Готовясь к этому отчету, я спросил себя, - что я узнал в период моего формального обучения? Я принимал своего первого клиента в конце 1955-го. Какие жемчужины мудрости из моей альма-матер, моей учебной практики и интернатуры я еще храню после более чем 40 лет? Если честно - здесь у меня пустое место. Я действительно не могу вспомнить ничего по-настоящему ценного.

Однако я могу вспомнить много ложных идей, которые мне преподносили как факты. Например, мои супервизоры в психотерапии подчеркивали несколько явных правил и установок, которые я сейчас считаю неправильными и контрпродуктивными. Включая такие: "Никогда не давайте советов; не раскрывайтесь; всегда придерживайтесь ясно обозначенных границ; пытайтесь отвечать на вопросы другими вопросами; больше слушайте, чем говорите". К несчастью, наставления такого рода - отнюдь не пережиток прежней эпохи. До сих пор слишком много супервизоров поддерживают подобные мифы. Те же контрпродуктивные положения передаются из поколения в поколение.

Я вспоминаю одну из первых, наиболее популярных книг с советами по поводу секса, "Идеальный брак", написанную датским гинекологом Ваном де Вельде в 1930 г. Этот господин описывал определенные сексуальные позы, которые я мог бы рекомендовать любому желающему заработать выпадение позвоночных дисков, если не сломанные кости таза. Но интересно, что многие десятки последующих книг просто копировали и подтверждали прописанное в "Идеальном браке". То же самое происходит со многими учебными книгами по психотерапии. Позвольте мне начать с описания одного из наиболее пагубных мифов, который продолжает передаваться от тренера к студенту.

"Это должно исходить от клиента!"

Из данного предписания следует, что если терапевт говорит, рекомендует, советует или просит пациента сказать, сделать или рассмотреть что-то, и тот соглашается с предложением, из этого, вероятно, выйдет мало хорошего, поскольку оно исходит от терапевта, а не появляется у пациента. Мне потребовалось не слишком много времени, чтобы понять, что если ждать, пока пациент придет к значительным выводам, можно прождать вечность. Перри Лондон, чье влияние на мои взгляды было огромным, указал в своей книге "Формы и этика психотерапии" (London, 1964): "Или терапевты могут успешно влиять на поведение или не могут, и в том, что заявлять, у них небольшой выбор. Если они хотят сказать, что не могут этого делать или не могут делать так только в тех областях, где люди более всего заинтересованы, и, следовательно, вовсе не ответственны за поведение своих клиентов, нужно спросить, какое право они имеют работать" (стр. 14-15).

Таким образом, я часто обнаруживаю следующую последовательность действий. Скажем, терапевт замечает клиенту, что тот мог бы захотеть подумать о том, чтобы обсудить конкретное событие со своим братом. Более того, возможно, он мог бы навестить свою мать, чтобы прояснить некое недопонимание в отношениях с младшей сестрой. Наконец, возможно, клиент, его брат, мать и младшая сестра могут получить пользу от семейной встречи с терапевтом. Клиент отвечает:

"Нет, мало смысла в том, чтобы обсуждать это с моим братом. Я знаю, что он скажет. Что касается матери, она так упряма, что ничего хорошего из этого не выйдет. С младшей сестрой есть капля надежды, но на нее сильно влияют мать и брат. А про семейную встречу забудьте. Она превратится в сореживание по обливанию грязью".

Терапевт отвечает: "Я хочу, чтобы Вы просто подумали об этом. Что касается обливания грязью, любой стоящий терапевт знает, как это предотвратить".

Здесь разговор на эту тему заканчивается. Я совершенно уверен, мы все согласны, что споры, уговоры, призывы и настаивание были бы безрассудны и контрпродуктивны. Все же семена брошены. Что мы слышим несколько недель спустя? Клиент говорит:

"Вы знаете, я много думал о некоторых вещах. Мне кажется, это неплохая идея - встретиться с моим братом и устранить недоразумение в случае с Чарли, и я считаю, что должен съездить к матери, поговорить с ней о ситуации с Салли (это моя сестра) и разобраться с некоторыми вопросами. Мне также думается, если бы Вы захотели встретиться со всеми четверьмя, мы, возможно, к чему-нибудь и пришли бы в семейной терапии".

Я хочу сказать, если вы будете постоянно ждать, пока клиент примет определенный план действий или постигнет нечто, вы можете прождать очень долго. В эпоху краткой терапии и страхования мы не можем позволить себе такую роскошь. Но если вы подскажите клиенту, зароните семена, он или она "присвоят" эти подсказки. В 1976 г. я начал свою книгу "Мультимодальная поведенческая терапия" со следующих слов: "Большинство терапевтов теряют время". Действительно, если я сравню себя как терапевта с тем, кем я был 20, 30 или 40 лет назад, я скажу, что одно из главных отличий - то, что моя скорость значительно возросла. Я делаю то же самое, не жертвуя важными деталями, за часть того времени, что тратил на это раньше. Это происходит, в основном, из-за того, что я научился не бояться вторгнуться, вмешаться, предложить что-то, обеспечить новой информацией и скорректировать неправильные представления. К несчастью, слишком много терапевтов, кажется, следуют совету Полония Лаэрту в "Гамлете": "Give every man thy ear, but few thy voice".

Исключения из правила

Обращаясь к другой стороне медали, мы, естественно, спрашиваем, - а когда целесообразно **не** давать совета, а сидеть и ждать, пока клиент не возьмет инициативу сам? Показателен случай одной дамы-философа, которая пришла ко мне на психотерапию. Во время первой сессии, когда я использовал слово "эфемерный", описывая некую ситуацию, она немедленно сказала: "Эфемерный? Вы сказали - эфемерный? Или Вы имели в виду невразумительный, исчезающий, временный, поверхностный или иллюзорный, - а Вы знаете разницу?" Стало очевидно, что эта клиентка меньше всего нуждалась в моем совете или мнении. Ей нужна была аудитория, активный слушатель. Она просто хотела быть услышанной и понятой. Это был один из немногих случаев, когда требуется строгий роджерсианский или личностно-центрированный подход.

Я хочу сказать, что практически для каждого положения существует исключение. Когда один мой коллега спросил: "Вы не согласны, что прежде, чем применить какую-либо технику, нужно сначала установить раппорт с клиентом?", я ответил: "Зависит от обстоятельств". Собственно, Драйден (1991) после бесед со мной написал книгу с подзаголовком "Зависит от обстоятельств".

Аутентичный хамелеон

Другой запоминающийся урок - хорошая терапия требует, чтобы клиницист был "аутентичным хамелеоном". Другими словами, выбор отношений не менее важен, чем выбор техник. Гибкий репертуар стилей в отношениях плюс широкий диапазон подходящих техник расширяют терапевтические возможности. Таким образом, терапевт должен решать, когда и как быть директивным, поддерживающим, задумчивым, холодным, теплым, "тепловатым", формальным или нет. Он (она) должен определять, когда использовать конфронтацию, когда - нет; когда быть грубоватым, дружелюбным, несерьезным; когда раскрываться, а когда оставаться загадочным; когда быть мягким и нежным, а когда налетать по-бандитски. Сорок, тридцать или двадцать лет назад я был не настолько способен соединять подходящие или эффективные техники и наиболее уместный стиль отношений. Можно ли научить этому новичка так, чтобы он вел себя как закаленный ветеран, не имея за спиной десятилетий клинического опыта. Я думаю, ответ утвердительный. Заметьте, пожалуйста, что я отстаиваю степень гибкости и широты, превосходящую норму. Полагаю, большинство терапевтов развивают особый стиль и формат, которые они применяют практически в каждом случае. Насколько различно, например, вел себя Карл Роджерс с разными клиентами? Все, что я видел и слышал у него, кажется, исходило из одного образа.

Выход за границы

Я также узнал, что определенные этические формулы и установление границ влияют как разрушительные запреты, снижая клиническую эффективность (Lazarus, 1994). Очевидно, в своей работе и в жизни нам нужно непременно избегать навязчивости, манипулирования, дискриминации или причинения вреда, и нельзя переоценить достоинства уважения, честности, конфиденциальности и согласия на основе полной информации. Ясно, что в своей практике мы не должны вовлекаться в сексуальный контакт, значительные деловые операции, использовать пациента в своих интересах, пользоваться властью. Большую часть иных границ можно нарушать для общего блага. И наоборот, можно прийти к неприятным последствиям, если слишком строго соблюдать даже эти добронамеренные правила.

Слишком много психотерапевтов придерживаются искусственных границ и запретов, которые блокируют их способность помочь другому. Некоторые весьма авторитетные специалисты, в основном, психиатры, опубликовали большие статьи, призывающие терапевтов к строжайшему соблюдению очень четких рамок. Они любят указывать, что неэтичные врачи с сексуальными намерениями начинают мостить дорогу в ад личными откровениями, приглашая пациента в то время, когда больше никого нет, продлевая сеансы, организуя встречи за пределами офиса, предлагая внештатные услуги, снижая или отменяя плату, делая подарки. Эти авторы не делают различия между теми, вполне этичными, терапевтами, для кого вышеупомянутые действия - средство облегчить лечение, и людьми с хищническими мотивами.

Мой опыт показывает, что избирательное самораскрытие, возможность встретиться с клиентом в нестандартное время, нарушить ограничения по времени (не поднимая плату), увидеться с клиентом за пределами

консультационного кабинета и скользящая шкала оплаты могут углубить раппорт и выполнять полезные клинические функции. Три выдающихся психиатра, Gutheil (1989), Gabbard, Nadelson (1995), говорят, что такие действия чреваты опасностью, что пересечение даже мягких несексуальных границ волей-неволей может привести, "по наклонной плоскости", в царство сексуальной опрометчивости. Если бы я поверил этому, я не смог бы больше быть эффективным терапевтом; их предупреждения заставили бы меня влезть в клиническую смиренную рубашку, которая мешала бы моим суждениям и блокировала способность реально помогать людям, приходящим ко мне.

Я считаю, что мы, терапевты, можем делать удивительные вещи для многих людей. У всех нас были клиенты, чья жизнь из несчастной превратилась в продуктивную и счастливую, возможно, в результате нашего прямого вмешательства. Однако во многих случаях практичнее ставить целью более скромные достижения. Двадцать лет назад я бы с энтузиазмом с головой погрузился в работу с любым расстройством Оси II (как мы это называем теперь). Сегодня я склонен отсылать пациентов с личностными расстройствами - параноидными, шизоидными, шизотипическими, гистрионическими, антисоциальными, и пограничными - к коллегам, которые специализируются на их лечении. Я чувствую, что уже отдал этому должное.

Широта превышает глубины

О чем еще я должен упомянуть сорок лет спустя, говоря об эффективной терапии? Очевидно, размер этого раздела - вам дали несколько страничек, чтобы сказать о самых важных вещах, которые вы узнали за многие годы терапевтической практики и исследований - позволяет упомянуть только некоторые пункты. Давайте кратко обсудим еще один фактор. На мой взгляд, широта часто важнее, чем глубина. Чем больше способов преодоления трудностей и решения проблем клиент обретет в терапии, тем меньше вероятность рецидива. Я видел много клиентов, заявлявших о том, что они достигли значительного понимания, проведя годы в инсайт-ориентированной терапии, но которые, тем не менее, еще придерживались дисфункциональных философских взглядов на жизнь (возможно, потому, что никто специально не обсуждал их иррациональные идеи), которые были очень напряжены (в частности, потому, что они никогда не учились, как применять простое глубокое мышечное расслабление), которые страдали (иногда - крайне) от межличностной неэффективности (потому что никогда не приобретали необходимых социальных навыков).

Теперь меня будет мучить мысль о том, что я избрал для этого отчета в противоположность идеям, которые я не упомянул.

Dryden, W. (1991). *A dialogue with Arnold Lazarus: "It depends"*. Philadelphia: OUP.
Gabbard, G.O. & Nadelson, C. (1995). Professional boundaries in the physician patient relationship. *Journal of the American Medical Association*, **273**, 1145-1149.
Gutheil, T.G. (1989). Patient therapist sexual relations. *Harvard Medical School Mental Health Letter*, **6**, 4-6.
Lazarus, A.A. (1994). How certain boundaries and ethics diminish therapeutic effectiveness. *Ethics & Behavior*, **4**, 255-261.
London, P. (1964). *The Modes and Morals of Psychotherapy*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Psychotherapy, 1996, vol. 33, n. 1.

Материалы с сайта: <http://www.psychology.ru/yarkor/>

Арнольд А. Лазарус:

Эффективная психотерапия: запрет прокрустова [1] ложа и развенчание десяти мифов.

Арнольд Лазарус приводит десять мифов о психотерапии, тщательно разбирая и развенчивая каждый из них. В качестве примера необходимости выбора средств воздействия в зависимости от ситуации приводится история работы с молодым человеком, страдавшим паническим расстройством. Кроме того, дается определение клинического эклектизма, который предлагается автором в качестве решения многих часто встречающихся в работе психотерапевта проблем.

Развитие психотерапии дало толчок к возникновению огромного количества теорий, методов и техник и произвело на свет массу нечетких терминов и неверных концепций. Вызванный всем этим многообразием хаос выражается в нескольких распространенных мифах, которые иногда противоречат друг другу, а иногда оказываются взаимосвязанными.

1. Интеграция (или теоретический эклектизм) способствуют расширению психотерапевтической базы данных и существенному улучшению результатов психотерапевтического воздействия.
2. Глубокое изучение одной из психотерапевтических школ или систем — лучший способ обогатить свои знания и научиться помогать клиентам.
3. Правильные отношения между клиентом и психотерапевтом являются необходимым и достаточным условием для осуществления значительных изменений в личности клиента.
4. При использовании любых психотерапевтических подходов результат определяется одними и теми же факторами, поэтому результаты практически не зависят от выбранного метода воздействия.
5. Научкой не подтверждено существование конкретных методов воздействия на конкретную проблему или конкретных стратегий, применение которых особенно эффективно при конкретных синдромах.
6. Когнитивная и бихевиоральная терапии в лучшем случае поверхностны; для осуществления реальных перемен необходимо уделять внимание снам, бессознательной мотивации и сильным чувствам.
7. На первой встрече психотерапевта с клиентом должны присутствовать все члены ближайшего окружения клиента. Если не проводить работу с каждым из них, результат лечения клиента окажется несбалансированным или неудовлетворительным в каком-то другом смысле.
8. Взаимоотношения клиента с психотерапевтом являются отражением микрокосма всех значимых отношений в жизни клиента.
9. Изменения, происходящие в кабинете психотерапевта или в терапевтической группе, автоматически переносятся на внетерапевтические ситуации.

10. Использование терминов, не имеющих конкретного предметного содержания (например, архетип, пограничное состояние, перенос), способствует пониманию причин проблемы и поиску способов ее решения.

Некоторые из этих мифов иногда могут до определенной степени соответствовать действительности или являться наполовину верными. Например, в некоторых случаях нет нужды применять специальные техники для решения конкретной проблемы и при работе с кем-то из клиентов важно вовлекать в психотерапевтический процесс все их социальное окружение. И все же я попробую продемонстрировать вам, что чаще всего эти мифы не соответствуют действительности. Они создаются в книгах по психотерапии, на семинарах, конференциях, лекциях и других мероприятиях; кроме того, я брал примеры из дискуссий со своими коллегами, не всегда разделяющими мое мнение. Для того чтобы развенчать каждый из десяти вышеупомянутых мифов, потребуется намного больше места, чем мне отведено в этом сборнике, но я постараюсь хотя бы вкратце коснуться каждого из них.

Что нового узнали мы на проводившейся в 1985 году в городе Финикс (штат Аризона) конференции психотерапевтов? Я лично был поражен тем, что многие ее участники посещали только те заседания, семинары или дискуссии, на которых выступали их любимые психотерапевты. Многие из присутствовавших не воспользовались возможностью научиться чему-то у представителей другого направления. Материалы упомянутой конференции (Zeig, 1987) свидетельствуют о том, что обмена опытом почти не происходило; такое впечатление, что участники сидели в своих раковинах, как улитки, не интересуясь ничем из того, что происходило вокруг.

Изменилось ли что-то за пять лет, будет ли эта конференция отличаться от предыдущей? Могу сказать, что, как в старом анекдоте, все будет точно так же — но хуже! Ситуация, о которой Ларсон сказал: “догма пожирает догму” (Larson, 1980), усугубляется еще и тем, что называется “застыванием категорий” (см. O’Halon, 1990). Внимательный наблюдатель заметит присущий многим авторитетам, участвующим в этой конференции, догматизм, презрение к неверующим в их теории, поучительный тон, необоснованную уверенность в правильности своих взглядов и эффективности своих методов, часто не подтвержденных или почти не подтвержденных экспериментами, а также непоколебимую уверенность в правильности взглядов, ошибочность которых я собираюсь вам продемонстрировать.

Культы

Все мы более или менее представляем себе, почему культы столь привлекательны. В группе приверженцев культа человек удовлетворяет свою потребность в поддержке и самоидентификации, у него появляется ощущение целенаправленности и осмысленности своей деятельности. В контексте внутригрупповой солидарности правильными и добродетельными считаются только поступки членов данного конкретного клана, племени, команды, банды, братства, политической партии или психологической школы. Их потребность в лидере, гуру или хозяине настолько велика, что практически любой человек, обладающий харизмой и подходящим лозунгом, может привлечь к себе сторонников, в скором времени становящихся верными учениками, убежденными, что “изменников” ожидают весьма печальные последствия. В такой атмосфере сомнительные утверждения возводятся в ранг истины, и в

дело вступает строжайшая цензура, призванная отметить все опровергающие эту “истину” факты.

История психотерапии полна подобных примеров. Лидеры-доктринеры и их последователи устраивали кровавые битвы со своими противниками и до, и после того, как разошлись пути Фрейда, Юнга и Адлера. На протяжении десятилетий психологические первосвященники проявляют откровенную враждебность к альтернативным концепциям и техникам. Поэтому сегодня мы и имеем сотни психотерапевтических школ, производящих “оглушительную какофонию соперничающих взглядов” (Norcross & Gencavage, 1990, p. 4).

Многие полагают, что кровопролития на психотерапевтическом поле брани остались в прошлом. Они утверждают, что интегративные процессы возобладали над соперничеством. Я думаю, что это не так. Например, книга Зальцмана и Норкрасса (Saltzman & Norcross, 1990), иронично-провокационно озаглавленная “Терапевтические войны”, вроде бы должна подчеркивать важность диалога между представителями разных теорий, но внимательный читатель найдет, что она написана скорее в воинственном, чем в миролюбивом тоне. Мы все еще более склонны доверять предвзятым мнениям, чем использовать реально работающие теории и методы. К сожалению, для поддержания своей репутации ученому выгоднее подчеркивать мнимые различия, чем реальные сходства.

Недавно я присутствовал на конференции, участники которой были в основном представителями одной и той же психотерапевтической школы, и мои наблюдения, сделанные там, позволили мне глубже проникнуть в природу культов. Я заметил, что дело не только в том, что следование культу помогает людям удовлетворять потребность в поддержке и самоидентификации. Дополнительно существует момент престижности и возможности получения некоторого статуса. Так, я наблюдал за коронацией нового директора программы обучения клиницистов. Вне орбиты этой конкретной школы он не является значительной величиной. Но в группе своих соратников он стал “номером 3”, признанным лидером — выше него в тотемной иерархии теперь находятся только разработчик систем и генеральный директор. Где еще он смог бы добиться такого признания? Разве не проще научиться скакать на одной покладистой лошади, чем стать настоящим наездником, способным совладать с самым норовистым животным?

У меня часто спрашивают, почему я не хочу начать выпускать журнал или, скажем, вестник по вопросам мультимодальной терапии. Ответ прост. Потому что таким образом я способствовал бы тому самому, идеологическим противником чего я всю жизнь являюсь, а именно развитию внутригруппового мышления и образованию еще одной школы или системы в дополнение к сотням уже существующих. Мультимодальная ориентация (Lazarus, 1989) основана на принципе технической эклектики, открытости новым методам и тактикам, привносимым из любой дисциплины, и берет свое начало в теории когнитивно-социального обучения в самом широком понимании (Bandura, 1986). Мне бы, без сомнения, удалось сформировать группу приверженцев мультимодальных методов и провести серию семинаров, участники которых получили бы документы, удостоверяющие их компетентность (да, еще можно было бы периодически устраивать тусовки мультимодальщиков) в этой области — в общем, создать себе круг последователей. Однако подобные акции не

способствуют развитию знаний; единственное, чего можно достичь таким образом — это многократное “открытие” одних и тех же фактов, соответствующих потребностям и восприятию основателей направления и их последователей.

По результатам некоторых опросов, от трети до половины американских психотерапевтов причисляют себя к эклектикам (Dryden and Norcross, 1990), однако до сих пор часто считается модным принадлежать к определенной школе. “Я приверженец клиент-центрированной психотерапии”. “Я когнитивный психотерапевт”. “Я психоаналитик”. Что произойдет, если клиент, которому нужна помощь когнитивиста, окажется на приеме у психотерапевта, практикующего клиент-центрированный подход и наоборот? Результаты проведенного мною опроса показывают, что клиент чаще получает не тот вид психотерапии, в котором он нуждается, а тот, который практикуется его психотерапевтом (Lazarus, 1989). “Вы мой клиент. Я работаю так-то”. Неважно, что нужно клиенту. Представьте себе, что пациенту необходимо удалить миндалины, но он попадает на прием к хирургу-урологу, который, ничтоже сумняшеся, вырезает ему простату!

Что можно сказать о человеке, называющем себя юнгианцем, фрейдистом, неофрейдистом, адлерянцем, роджерсианцем, когнитивным психотерапевтом, транзактным аналитиком, гештальтистом и так далее? Я уверен, что путем тщательного исследования можно обнаружить у него мотивы, никак или почти никак не связанные с достоинствами того направления, которому он себя посвятил. Родоначальники новых подходов и их последователи верят в то, во что верят, и делают то, что делают, не на основании объективных данных, а исходя из личных предпочтений. Безусловно, личный опыт формирует наши убеждения и восприятие, но не кажется ли вам, что клиенты выиграли бы, если бы мы выбирали теории и методы не по их субъективной значимости и привлекательности для нас, а исходя из научно обоснованной целесообразности применения конкретного метода в конкретном случае? (Все это относится к первому мифу о том, что приверженность какому-то одному направлению способствует развитию знаний и увеличению эффективности клинических методов).

Думаю, что пример истории болезни, который я приведу ниже, поможет прояснить и дополнить вышесказанное.

Лечение панического расстройства

С тридцатитрехлетним бухгалтером случился приступ паники, когда он ехал домой с работы в своей машине. Ему показалось, что его сердце отказывает и он умирает. Он остановил машину, открыл дверь и вывалился на обочину дороги. Скоро его отвезли в ближайшую больницу, а через несколько часов отпустили домой. “Доктор сказал, что у меня возникла реакция тревоги”. На следующее утро, заведя двигатель машины, он почувствовал те же симптомы (страх, учащенное сердцебиение, головокружение, затрудненное дыхание, дрожь, повышенное потоотделение, боль в груди, тошноту, озноб). Жена отвезла его к семейному врачу, который после осмотра выписал ему ативан. “Моя жизнь превратилась в постоянную борьбу”, — говорил больной. В течение месяца у него все чаще стало проявляться поведение избегания. “Приступы атаквали меня везде — не только за рулем, но и в кино, в ресторане, в местах, где было много людей, даже в гостях у друзей, когда я пытался расслабиться...

Я стал избегать этих людей и мест, и это очень сильно повлияло на мою семейную жизнь”.

По совету родственника мужчина обратился к социальному работнику. Они виделись примерно четыре раза в неделю в течение двух месяцев. “Это не приносило никаких результатов, поэтому я решил прекратить наше общение и позвонил психологу, имя которого нашел в телефонном справочнике. Он попросил меня прийти на прием с женой и братом. Если бы мои родители не были во Флориде, он бы и их попросил прийти”.

— Он, наверное, занимается семейной терапией, — сказал я. — Ну, и как долго он с вами работал?

— Вы что, шутите? — ответил он. — Я бы и близко к нему не подошел. Так мне и надо, нечего было искать психолога через телефонный справочник... Я же не ребенок. И потом, я бы скорее попросил о помощи своего худшего врага, чем брата.

— А почему? — спросил я.

— Потому что брат завидует мне ... Он стал бы злорадствовать и издеваться... Он был единственным ребенком десять лет, пока не появился я.

После короткого разговора стала ясна деструктивная роль родителей, которые были несколько отстраненными, но чрезмерно строгими. Как вы увидите дальше, был составлен специальный план лечения, соответствующий конкретным нуждам клиента, с применением специально подобранных методов. (Сказанное выше имеет отношение и к мифу 7 — о необходимости вовлечения в работу всех значимых других.)

Полученная от социального работника история болезни потрясла меня. Начиналась она с относительно безобидных предположений о наличии у клиента амбивалентности, зависимости, сопротивления, тенденции к регрессии, склонности к пассивной агрессивности, а также непреодоленного эдипова комплекса. Далее упоминались каннибалистские образы, как-то связанные с неразвитыми объектными отношениями и соперничеством братьев, а также сотрудник клиента, к которому тот якобы испытывал гомосексуальное влечение, одновременно желая его смерти. Все это называлось “нарциссическим пограничным расстройством личности”, и прогноз давался неблагоприятный. В качестве средства воздействия был выбран, конечно, психоанализ, но исходно предполагалось, что “круговая оборона”, которую занял пациент, будет помехой психотерапевтическому процессу.

В течение многих лет я выступал за гибкий подход, в котором наиболее подходящий вид лечения приспособливается к конкретным нуждам клиента (Lazarus, 1971, 1989). Многие психотерапевты соглашались с моей точкой зрения в принципе, но не пытались претворить ее в жизнь. В самом начале книги “Краткая психотерапия” под редакцией Зейга и Гиллигана (Zeig and Gilligan, 1990) приводится такая цитата из Милтона Эриксона: “Каждый человек уникален. Поэтому психотерапия должна строиться таким образом, чтобы соответствовать уникальным потребностям человека, вместо того, чтобы втискивать его в прокрустово ложе гипотез о человеческом поведении”

Существуют ли данные, показывающие, что при лечении панических расстройств следует отдавать предпочтение каким-то определенным средствам? Да, существуют. “Основным моментом психологической помощи больному с паническим расстройством является воспроизведение соматических симптомов паники. В этом залог успеха” (Barlow, 1988, p. 447). Более того, проанализировав результаты экспериментов с различными медикаментами, Барлоу сделал вывод, что предпочтение, вероятно, следует отдавать трицикличам, а не бензодиазепинам (успокоительным), а также отметил, что использование имипрамина в сочетании с воспроизведением соматических симптомов паники способствует достижению благоприятных клинических результатов.

А какова вероятность излечения панического расстройства в условиях терапевтических отношений, основанных на конгруентности, безусловном положительном отношении и эмпатическом понимании, то есть на том, что Роджерс (Rogers, 1957) считал необходимыми и достаточными условиями осуществления конструктивных личностных изменений и решения проблем (точка зрения, которой его последователи придерживаются по сей день (Bozarth, 1990))? Да, в некоторых случаях терапевтические отношения сами по себе являются движущей силой (достаточной и даже необходимой) для осуществления перемен в личности клиента, но чаще отношения “пациент — психотерапевт” — это контекст, в рамках которого применяются определенные техники (Lazarus & Fay, 1984a). Итак, наука позволяет нам определить, что необходимо сделать, а творческие способности психотерапевта определяют, как он будет применять научно обоснованные методы.

И все же одних творческих способностей недостаточно. Если пациент с паническим расстройством попадает в руки очень талантливого ярого приверженца фрейдизма, юнгианской, адлеровской или гештальт-терапии, транзактного анализа или экзистенциальной психотерапии, быстрое и надежное избавление от приступов паники вряд ли будет достигнуто. Слишком уж упорно многие психотерапевты придерживаются своей излюбленной идеологии, даже если клинические результаты показывают ее неэффективность. Злодей Прокруст может скрываться под самыми разными личинами. Однако пора вернуться к нашему 33-летнему пациенту, страдающему серьезным паническим расстройством.

...Скоро выяснилось, что этот молодой человек обладал пытливым умом. Ему доставляло удовольствие, когда я доставал с полки книгу и рассказывал ему о результатах различных исследований. Ссылки на литературу часто помогают увеличить авторитет психотерапевта в глазах клиента. Я принял на себя роль учителя и вдохновителя — роль, которая пришлась по душе моему клиенту. Прочитав его самого: “Мне нравится, как Вы объясняете, что Вы делаете и почему Вы это делаете”. Поначалу я строго придерживался тактики директивности и поддержки (Howard, Nance, & Myers, 1987), но затем стал постепенно уменьшать степень директивности. Когда на ранней стадии психотерапии стало ясно, что клиент считал причиной своей проблемы неполадки с сердцем, я порекомендовал ему пройти полное медицинское обследование, включающее кардиограмму. Это позволило ему получить ясную картину состояния своего здоровья. Кроме того, благоприятное воздействие оказало прочтение им в третьем издании книги “Диагностика и статистика психических расстройств” (“Diagnostic and Statistical Manual of Mental

Disorders”) разделов, касающихся панических расстройств с сопутствующей агорафобией и без (разделы 300.21 и 300.01). Он был потрясен: “Удивительно! Это все обо мне!”

На его вопрос, почему возникают приступы паники, я ответил, что они могут быть вызваны определенными мыслями, образами или ощущениями, и попросил его глубоко и часто дышать в течение двух минут. Не прошло и 90 секунд, как у клиента начался самый настоящий приступ паники. Я тут же показал ему, как можно управлять неприятными ощущениями и сопровождающими их страхами посредством глубокого расслабления мускулов, ритмичного диафрагменного дыхания, успокаивающих мыслей и образов. Тот факт, что приступ паники был преднамеренно спровоцирован и произвольно прекращен, пробудил в молодом человеке уверенность в том, что его проблема преодолима. После этого мы сконцентрировались на превентивных аспектах глубокого дыхания, релаксации, медитации, воображения и других подобных методов ослабления стресса (Lazarus, 1984; Zilbergeld & Lazarus, 1988).

Лечащий врач-терапевт не возражал против того, чтобы выписать больному имипрамин вместо ативана, но порекомендовал пациенту принимать оба медикамента в течение первых трех недель, постепенно уменьшая дозу ативана. Следующим шагом было поставить клиента лицом к лицу с ситуациями, которых он до этого избегал. Вооруженный бумажным пакетом, в который он мог дышать в случае гипервентиляции легких, и знанием того, что он проходит курс лечения “противопаническим препаратом”, а также имеет в своем распоряжении целый арсенал техник, помогающих справляться с приступами паники, он выполнил свое домашнее задание довольно уверенно, несмотря на то, что сначала очень волновался.

Затем мы перешли к когнитивному реструктурированию и тренингу уверенности в себе. Клиент освободился от некоторых распространенных ошибочных убеждений (Lazarus & Fay, 1975) и связанных с ними проблем, таких как перфекционизм, дихотомическое мышление, излишняя требовательность к себе и самобичевание (Ellis & Harper, 1975). Особое внимание было уделено тому, чтобы клиент перестал считать неприятные физические ощущения признаком близкой смерти.

Постепенно уменьшалась частота сеансов психотерапии: от двух сеансов в неделю мы перешли к одному, затем стали встречаться раз в две недели, а потом и раз в месяц. Наше внимание в основном сконцентрировалось на динамике взаимоотношений в его семье (например, на взаимном антагонизме с братом и на реакции моего клиента на поведение сверхкритичных родителей), а также других межличностных проблемах (например, на трудностях взаимоотношений с коллегами). Применение ролевой игры, техники “пустого стула” и тренинга парадоксального общения помогли снизить остроту восприятия отрицательных стимулов и позволили молодому человеку применить навыки, полученные в ходе тренинга уверенности в себе, на практике. Ему понравилось мое замечание относительно того, что наличие близких отношений и любви между братьями, конечно, приятнее, но это не всегда возможно и уж наверняка необязательно. Усмехаясь, он ответил на это: “Я понимаю это как исходящее из объективно авторитетного источника разрешение не ругать себя за то, что я терпеть не могу своего брата!”

В соответствии с моим планом, клиент должен был постепенно прекращать принимать имипрамин и при этом все чаще иметь дело ситуациями, в которых он мог испытать приступ паники; но однажды он вдруг сообщил мне, что уже месяц назад перестал принимать лекарство и это не вызвало никаких отрицательных последствий. После еще нескольких сеансов психотерапии, проведенных в течение трех месяцев с тем, чтобы закрепить результат, лечение было завершено.

Психотерапия в случае этого клиента не была кратковременной. Основной объем работы был осуществлен в течение 44 сеансов, что заняло десять месяцев. Когда мы встретились с моим бывшим клиентом через год, выяснилось, что в течение этого года у него не было ни одного приступа паники, хотя иногда и возникали тревожные предчувствия. Тревожность же, по словам молодого человека, обычно легко и быстро прекращалась. Свои успехи он приписывал в основном вновь приобретенной уверенности в себе и навыкам общения. Между делом он также упомянул о том, что его отношения с женой заметно улучшились.

Хотелось бы добавить, что в течение нашего длительного общения я не обнаружил никаких следов склонности к самоубийству, гомосексуализма, нарциссизма или пограничного состояния, выявленных предыдущим психотерапевтом. Однако, исходя из гипотез относительно эффективности психотерапии (например, что результат не зависит от того, какой из психотерапевтических подходов был использован, и нет данных о том, что в конкретных случаях следует предпочитать одни методы другим), некоторые психотерапевты могут решить, что клиент ничего бы не выиграл и не проиграл, если бы его случаем занимался “чистый” психоаналитик или семейный терапевт — важно только, чтобы клиент и психотерапевт нашли общий язык. Давайте подробнее рассмотрим это неверное, но распространенное убеждение. (Мы уже уделили некоторое внимание развенчанию мифов 3, 5 и 6, гласящих, что правильные взаимоотношения в процессе психотерапии обычно являются необходимым и достаточным условием ее эффективности, что не существует документов, убедительно доказывающих предпочтительность использования определенных методов в конкретных случаях, и что когнитивная психотерапия поверхностна).

Миф об общих факторах

Теперь я хочу обратиться к мифу о том, что, независимо от того, какой вид психотерапии применяется в каждом конкретном случае, изменения происходят благодаря одним и тем же факторам, что частные отличия применяемых методов и техник чаще всего не имеют значения и какой бы психотерапевтический подход ни использовался, результат всегда будет одинаковым (миф 4).

Как показал Гайлс (Giles, 1983a, 1983b, 1990), такие необоснованные выводы делаются обычно на основании результатов некорректных исследований (в качестве примера можно привести исследование Люборски, Сингера и Люборски (Luborsky, Singer, and Luborsky, 1975)) и ошибочных метаанализов (например, работа Смита, Гласса и Миллера (Smith, Glass, and Miller, 1980)). Ошибки в таких случаях происходят оттого, что довольно часто симптомы имеют тенденцию спонтанно исчезать, что может происходить под влиянием случайных жизненных обстоятельств, или же как результат эффектов

ожидания и плацебо (Lambert, 1986). Благодаря этим факторам даже не очень компетентный психотерапевт может добиться весьма стабильной 50-процентной ремиссии, за исключением тех случаев, когда он имеет дело с тяжелыми формами алкогольной или наркотической зависимости, серьезными расстройствами характера, крайними случаями нарушений контроля влечений или другими серьезными расстройствами.

В то же время существуют подробные описания использования специально отобранных психотерапевтических инструментов, или прескриптивной психотерапии, при самых разнообразных расстройствах — таких, как булимия, компульсивное поведение, дефицит социальных навыков, биполярная депрессия, шизофрения, фокусированные фобии, тики и расстройства привычек, вызванная нарушением проходимости дыхательных путей астма, болевые ощущения, гипервентиляция легких, панические расстройства, аутизм, энурез, вагинизм и другие сексуальные дисфункции, а также различные нарушения, вызываемые стрессовыми состояниями (Bandura, 1986; Barlow, 1988; Clark, Salkovskis, & Chalkley, 1985; Fairburn, 1988; Foa, Steketee, Grayson, & Doppelt, 1983; Franks, Wilson, Kendall, & Foreyt, 1990; Grayson, Foa, & Steketee, 1985; Hersen & Bellak, 1985; Lehrer, Hochron, McCann, Swartzman, & Reba, 1986; Mueser & Berenbaum, 1990; Murphy, Lehrer, & Jurish, 1990; Leiblum & Rose n, 1989; O'Leary & Wilson, 1987; Ost (p.106) & Sterner, 1987; Rachman & Wilson, 1980; Salkovskis & Westbrook, 1989; Wilson & Smith, 1987; Woolfolk & Lehrer, 1984). Важно заметить, что практически все вышеупомянутые источники взяты из области когнитивно-бихевиоральной психотерапии. Является ли она предпочтительной или оптимальной формой психологического воздействия на упомянутые нарушения — вопрос, открытый для обсуждения. Но, как подчеркивает Уилсон (Wilson, 1990, p. 282), “нельзя отрицать действенности этого подхода; нет доказательств его меньшей эффективности по сравнению с альтернативными методами”. Для того чтобы предотвратить возможное недопонимание, давайте посмотрим, не привержен ли я тому же самому догматизму, по отношению к которому занимаю столь критическую позицию. Являюсь ли я ярым приверженцем когнитивно-бихевиоральной психотерапии? Вовсе нет. Я не “когнитивно-бихевиоральный психотерапевт”, а клинический психолог, использующий в своей работе гибкое, эклектическое сочетание техник. Я многое заимствую из теории социального и когнитивного научения, поскольку ее принципы опираются на многочисленные исследования и могут быть проверены или опровергнуты, но я вижу и ограниченность этой теории (например, по моему мнению, она не может дать адекватного описания феноменам диссоциации). Тем не менее, я питаю большое уважение к эмпирическим исследованиям, а в рамках когнитивно-бихевиорального направления проводится наибольшее количество экспериментов небиологической направленности. Как психотерапевт я не испытываю рабской привязанности к какой бы то ни было ориентации. Наоборот, пытаюсь найти индивидуальный подход к каждому отдельно взятому клиенту, я использую весь спектр психотерапевтических стилей — от спокойной, размеренной экзистенциальной рефлексии до активного и директивного научения, моделирования и инструктирования. Фокус моего внимания постоянного перемещается от клиента и его проблем к социальному окружению и контексту, в котором эти проблемы существуют, и наоборот.

Юридическая точка зрения на стандарты лечения и критерии преступной небрежности врача меняются. Пациенты имеют право на полноценное лечение, а психотерапевты обязаны предоставлять такое лечение. Клерман

(Klerman, 1990, p. 417) отмечает: “Врачи и лечебные учреждения, пользующиеся методами ограниченной эффективности, могут нести юридическую ответственность за свои действия”. Когда мы имеем дело с так называемым обыкновенным невротиком, умение слушать, эмпатическое отношение и предоставление “жилетки”, в которую можно поплакать, могут принести большие положительные результаты, независимо от того, что делает клиент во время сеанса психотерапии: он может лежать на кушетке, подпрыгивать, бить кулаками подушки, кричать, расслабляться, медитировать, рассказывать о своих снах, вспоминать о прошлом, пытаться разобраться в семейных коллизиях или просто смотреть на свой пупок. Но будем надеяться, что психотерапевт любого направления сможет скоро понять, в какой момент ему следует отказаться от своих любимых “штучек” и начать использовать целенаправленные, специфические и систематические формы лечения, приносящие ощутимый положительный результат и во многих случаях необходимые. В литературе уже много говорилось о том, что пациент имеет право получать лечение и право отказываться от лечения. Теперь мы начнем чаще слышать и о том, что пациенты имеют, кроме того, право на безопасное и эффективное лечение (Wilson, 1990).

Интеграция как псевдорешение

Мало кто станет спорить с тем, что обобщающий, интегрирующий различные психотерапевтические стратегии и теории подход хорош и полезен. Теоретически кажется, что в нем нет ничего от прокрустова ложа. На практике, к сожалению, такой подход выливается в неразборчивое использование плохо разработанных концепций и сомнительных методов, часто почерпнутых из несовместимых между собой источников и не имеющих какого бы то ни было теоретического обоснования или эмпирического подтверждения (Norcross, 1986). В литературе по вопросу интеграции чаще всего упоминаются динамическая психология и бихевиоральные подходы. Обосновывается это тем, что данные направления обладают взаимодополняющими сильными сторонами. Так, сильной стороной динамической психологии считается ее концентрация на внутренних процессах, тогда как сила бихевиоральной психотерапии в том, что она, в основном, имеет дело с конкретными видами поведения и его коррекцией.

На первый взгляд, сближение этих двух подходов кажется разумным до тех пор, пока мы не задумываемся над тем, по каким признакам следует отбирать “внутренние процессы”, с которыми необходимо иметь дело. Для динамической ориентации характерно как раз то, что ее сторонники не могут прийти к согласию относительно “внутренних процессов”. Даже спустя столько времени после знаменитого разрыва между Фрейдом, Юнгом и Адлером, после всех дебатов между образовавшимися в результате этого разрыва группами ученых, современные представители динамической психологии — Кохут, Винникотт, Гартман, Малер — до сих пор не могут согласиться ни со своими предшественниками, ни друг с другом. Весьма типична позиция одного из видных глашатаев психоанализа и психодинамики, Джейкоба Арлоу (Arlow, 1989, p. 42): “К сожалению, не существует исследования, адекватно освещавшего бы результаты использования психоанализа. В целом, то же самое можно сказать практически обо всех видах психотерапии. Слишком большое количество переменных, с которыми приходится иметь дело, не позволяет провести контролируемого и статистически валидного исследования результатов психотерапии”. Через параграф после этого он заявляет: “Тем не

менее остается фактом, что при правильном применении в подходящем случае психоанализ не имеет себе равных среди всех остальных видов психотерапии” (р. 43). Вот до чего непоколебимой бывает вера!

Аграс (Agras, 1987) предполагает, что, если будет экспериментально установлена эффективность динамической психотерапии, после этого можно рассмотреть потенциальную ценность интеграции бихевиорального и психодинамического направлений. Однако остается неясным, как можно интегрировать психоанализ и бихевиоральную терапию, если бихевиоральные конструкты основываются на операциональных определениях, тогда как большинство психоаналитических принципов экспериментальной проверке не поддается.

Эффективность техники не является доказательством теории, породившей ее. Эффективность метода может иметь причины, не имеющие ничего общего с теорией, на почве которой он появился. Не нужно быть приверженцем гештальт-теории для того, чтобы использовать гештальтистские техники. Часто человек, пытающийся объединить различные теории, непредумышленно соединяет несовместимые вещи. Некоторые теории, например, теория социального научения или теория общих систем, допускают интеграцию (Kwee & Lazarus, 1986). Однако я бы не советовал практикующим психотерапевтам выдергивать куски из теории разной направленности. Вместо этого следует отдавать предпочтение поддающимся проверке эффективным методам.

Если бы психотерапевты обращали больше внимания на результаты научных исследований, мифы 8 и 9 вряд ли были бы распространены (например, миф относительно того, что реакции пациента во время психотерапевтических сеансов — это отражение настоящих жизненных ситуаций, или миф о том, что изменения, происходящие во время психотерапии, являются показателем того, что изменения будут иметь место и в нетерапевтических ситуациях). Иногда реакции клиента на психотерапевта действительно бывают сходными с его прошлыми реакциями на значимых для него людей, однако особенности ситуации и личности психотерапевта тоже играют свою роль. Личностные характеристики лишь в очень малой степени остаются постоянными вне зависимости от ситуации (Mischel & Peake, 1982), поэтому особенно важно, чтобы корректирующий эмоциональный опыт переживался в соответствующем ситуационном контексте, а не относился лишь к происходящему в кабинете психотерапевта. Отношения с психотерапевтом в искусственно созданной обстановке вторичны по отношению к межличностным отношениям в реальной жизни. Основная цель всех видов психотерапии состоит в том, чтобы изменения, происходящие в кабинете психотерапевта, распространялись и за его пределы. Для того чтобы добиться этого, необходимо использовать “домашнюю работу” и другие маневры (Lazarus & Fay, 1984b).

Возможно, многие недоразумения происходят из-за предположения, что человек, имеющий дело с конфликтами и ставящий клиента лицом к лицу с его собственными эмоциями, занимается “психодинамической психотерапией”. Разборчивый клиницист будет иметь дело с защитными реакциями (а не с “механизмами защиты”) и исследовать бессознательные процессы или неосознаваемые реакции (а не “бессознательное мышление”), не уходя в дебри “динамических” конструктов и предположительно существующих комплексов (см.: Lazarus, 1989).

Жаргон

Я уже коснулся всех ошибочных убеждений, упомянутых в начале этой работы, за исключением последнего — неточно определенных терминов. Есть три основные причины, по которым люди пользуются жаргоном. Во-первых, он позволяет скрыть невежество говорящего и сделать так, чтобы непосвященные поверили в его эрудированность. Во-вторых, жаргон является средством групповой идентификации. И в-третьих, он создает мистическую атмосферу, которая столь привлекательна для многих. У меня есть друзья и коллеги, которые любят в шутку придумывать фразы, где в духе Оруэлла привычные слова заменяются псевдопсихологизмами, а иногда и полной белибердой, например: “Трансферентные препарадигматические, псевдоэпистемологические, диалектические, герменевтические онтологические апперцепции содержат в себе метафизические и позитивистские лакуны, являющиеся продолжением конструкционистской метатеоретической и фундаментальной феноменологической контекстуализованной, детерминистской интенциональности”.

В интересах экономии времени давайте на данный момент ограничимся рассмотрением двух терминов — “перенос” и “контрперенос” — поскольку они весьма регулярно используются где ни попадя.

Мы постоянно слышим о позитивном переносе, негативном переносе, невротическом переносе, анализе переноса и лечении переноса. Многие говорят: “У меня негативный перенос”, — имея в виду, что им просто не нравится какой-то клиент. Конечно, значение термина намного шире; он, по крайней мере, означает, что подавленные чувства психотерапевта вызываются к жизни посредством идентификации или же посредством субъективной реакции на проявления враждебности пациента.

Кто будет возражать против того, что люди могут в настоящем вести себя по отношению к окружающим так, как они в прошлом вели себя по отношению к значимым другим? Кто не согласится с тем, что мы склонны повторять прошлые взаимоотношения, порой неадекватные сегодняшней ситуации? Используя термин “перенос”, многие имеют в виду именно эти процессы. Но перенос заключается не только в приписывании новым отношениям характеристик старых. Если бы это было так, слово “перенос” оказалось всего лишь синонимом слов “стимул” или “реакция обобщения”. Однако понятие “перенос” намного более сложно. Оно относится к попыткам осуществить (используя любого человека, который это позволит) детские желания, реализация которых приносила в детстве удовольствие или же была невозможна. Оно включает в себя забытые, но значимые, связанные с конфликтами детские воспоминания и подавленные бессознательные фантазии, а также многое другое (Arlow, 1989).

Я говорю все этого для того, чтобы подчеркнуть, что мы часто используем нечетко определенные термины или в слишком узком смысле применяем четко определенные, таким образом затрудняя плодотворное общение. Никто из нас не в силах разобраться во всех неясностях, которыми изобилует наша дисциплина. Нет никакой необходимости напускать еще и лингвистического тумана. Я предлагаю заменять профессиональный жаргон обычным языком везде, где это возможно.

Мне кажется, что в процессе своей эволюции психотерапия достигла стадии, на которой выбор предпочтительных в конкретной ситуации средств воздействия может осуществляться при помощи вопроса: “Что, когда и для кого?”. Как показали Бютлер и Кларкин (Beutler & Clarkin, 1990), мы знаем достаточно, чтобы проводить полноценную оценку измерений, в которых живет пациент, окружающей среды, обстоятельств, психотерапевтов и различных видов психотерапии. Я считаю, что для достижения клинической эффективности нам необходимо гибкое и творческое отношение к работе, а также наличие системной и технически эклектической точки зрения.

Литература

- Agras, W.S. (1987). So where do we go from here? *Behavior Therapy*, 18, 203—217.
- Arlow, J.A. (1989). Psychoanalysis. In R.J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (4 th ed.) (pp. 19—62). Itasca, IL: Peacock.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders*. New York: Guilford Press.
- Beutler, L.E., & Clarkin, J. F. (1990). *Systematic treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions*. New York: Bruner/Mazel.
- Bozarth, J.D. (1990). The essence of client-centered/person-centered therapy. In G. Lietaer, J. Rombauts, & R. Van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy: Toward the nineties* (pp. 44—51). Leuven: Katholieke Universiteit te Leuven.
- Clark, D.M., Salkovskis, P.M., & Chalkley, A.J. (1985). Respiratory control as a treatment for panic attacks. *Journal of Behavior Therapy and Experimental psychiatry*, 16, 23—30.
- Dryden, W., & Norcross, J. C. (Eds.). (1990). *Eclecticism and integration in counseling and psychotherapy*. Essex, England: Gale Centre Publications.
- Ellis, A., & Harper, R.A. (1975). *A new guide to rational living*. North Hollywood, CA: Wilshire.
- Fairburn, C.G. (1988). The current status of psychological treatments for bulimia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 635—645.
- Foa, E.B., Steketee, G., Grayson, J.B., & Doppelt, H.G. (1983). Treatment of obsessive-compulsives: When do we fail? In E. B. Foa & P. M.G. Emmelkamp (Eds.), *Failures in behavior therapy* (pp. 10—34). New York: Wiley.
- Franks, C.M., Wilson, G.T., Kendall, P.C., & Foreyt, J.P. (1990). *Review of behavior therapy: Theory and practice*. Vol. 12. New York: Guilford Press.
- Giles, T.R. (1983a). Probable superiority of behavioral interventions—I: Traditional comparative outcome. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 14, 29—32.
- Giles, T.R. (1983b). Probable superiority of behavioral interventions—II: Some implications for the ethical practice of psychological therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 14, 86—90.
- Grayson, J.B., Foa, E.B., & Steketee, G. (1985). Obsessive-compulsive disorder. In M. Hersen & A.S. Bellack (Eds.), *Handbook of clinical behavior therapy with adults* (pp. 133—165). New York: Plenum.
- Hersen, M. & Bellack, A.S. (1985) (Eds.). *Handbook of clinical behavior therapy with adults* (pp. 133—165). New York: Plenum.

- Howard, G.S., Nance, D.W., & Myers, P. (1987). *Adaptive counseling and therapy: A systematic approach to selecting effective treatments*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Klerman, G.L. (1990). The psychiatric patient's right to effective treatment: Implications of *Osherhoff v. Chestnut Lodge*. *American Journal of Psychiatry*, 147, 409—418.
- Kwee, M.G., & Lazarus, A.A. (1986). Multimodal therapy: The cognitive-behavioral tradition and beyond. In W. Dryden & W. Golden (Eds.), *Cognitive-behavioural approaches to psychotherapy* (pp. 320—355). London: Harper & Row.
- Lambert, M.J. (1986). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy. In J.C. Norcross (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy* (pp. 436—462). New York: Brunner/Mazel.
- Larson, D. (1980). Therapeutic schools, styles and schoolism: A national survey. *Journal of Humanistic Psychology*, 20, 3—20.
- Lazarus, A.A. (1971). *Behavior therapy and beyond*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, A.A. (1984). *In the mind's eye: The power of imagery for personal enrichment*. New York: Guilford Press.
- Lazarus, A.A. (1989). *The practice of multimodal therapy: Systematic, comprehensive and effective psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Lazarus, A.A., & Fay, A. (1975). *I can if I want to*. New York: Warner Books.
- Lazarus, A.A., & Fay, A. (1984a). Behavior therapy. In T. B. Karasu (Ed.), *The psychiatric therapies* (pp. 485—538). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Lazarus, A.A., & Fay, A. (1984b). Some strategies for promoting generalization and maintenance. *The Cognitive Behaviorist*, 6, 7—9.
- Lehrer, P.M., Hochron, S.M., McCann, B., Swartzman, L., & Reba, P. (1986). Relaxation decreases large-airway but not small air-way asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, 30, 13—25.
- Leiblum, S.R., & Rosen, R.C. (Eds.). (1989). *Principles and practice of sex therapy* (2 nd ed). New York: Guilford Press.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that everyone has won and all must have prizes? *Archives of general psychiatry*, 32, 995—1008.
- Mischel, W., & Peake, P. (1982). Beyond deja vu in the search for cross-situational consistency. *Psychological review*, 89, 730—755.
- Mueser, K.T., & Berenbaum, H. (1990). Psychodynamic treatment for schizophrenia: Is there a future? *Psychological Medicine*, 20, 253—262.
- Murphy, A.I., Lehrer, P.M., & Jurish, S. (1990). Cognitive coping skills training and relaxation training as treatments for tension headaches. *Behavior Therapy*, 21, 89—98.
- Norcross, J.C. (Ed.). (1986). *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Norcross, J.C., & Grencavage, L.M. (1990). Eclecticism and integration in counseling and psychotherapy: Major themes and obstacles. In W. Dryden & J.C. Norcross (Eds.), *Eclecticism and integration in counseling and psychotherapy*. Essex, England: Gale Centre Publications.
- O'Halon, W.H. (1990). A grand unified theory for brief therapy: Putting problems in context. In J. K. Zeig & S.G. Gilligan (Eds.), *Brief therapy: Myths, methods and metaphors* (pp. 78—89). New York: Brunner/Mazel.
- O'Leary, K.D., & Wilson, G.T. (1987). *Behavior therapy: Application and outcome* (2 nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Ost, L.G., & Sterner, U. (1987). Applied tension: A specific behavioral method for treating blood phobia. *Behavior Research and Therapy*, 25, 25—30.
- Rachman, S., & Wilson, G.T. (1980). *The effects of psychological therapy*. London: Pergamon.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95—103.
- Salkovskis, P.M., & Westbrook, S. (1989). Behaviour therapy and obsessional ruminations: Can failure be turned into success? *Behaviour Research and Therapy*, 27, 149—160.
- Saltzman, N., & Norcross, J.C. (1990). *Therapy wars: Contention and convergence in different clinical approaches*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Smith, M.L., Glass, G., & Miller, T. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Wilson, G.T. (1990). Clinical issues and strategies in the practice of behavior therapy. In C.M. Franks, G.T. Wilson, P.Cp. Kendall, & J.P. Foreyt (Eds.), *Review of behavior therapy*, Vol. 12 (pp. 271—301). New York: Guilford Press.
- Wilson, G.T., & Smith, D. (1987). Cognitive-behavioral treatment of bulimia nervosa. *Annals of Behavioral Medicine*, 9, 12—17.
- Woolfolk, R.L., & Lehrer, P. M. (Eds.). (1984). *Principles and practice of stress management*. New York: Guilford Press.
- Zeig, J.K. (Ed.). (1987). *The evolution of psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Zeig, J.K., & Gilligan, S.G. (Eds.). (1990). *Brief therapy: Myths, methods and metaphors*. New York: Brunner/Mazel.
- Zilbergeld, B., & Lazarus, A.A. (1988). *Mind power: Getting what you want through mental training*. New York: Ivy Books.

[1] В греческой мифологии Прокруст — сын Посейдона; злодей, заставлявший путешественников уместиться на его ложе; тех, кто был неподходящего размера, Прокруст либо растягивал, либо обрезал им ноги. — Прим. автора .

[2] Историческая справка: в 1980 году, когда я занимался организацией международного конгресса по вопросам эриксоновского гипноза и психотерапии, я попросил Эриксона придумать эпиграф к брошюре, которая должна была быть опубликована в преддверии конгресса, в 1979 году. Этот же эпиграф можно увидеть перед отчетом о трех последующих эриксоновских конгрессах.

Эволюция психотерапии. Том 2. Осень патриархов: Психоаналитически ориентированная и когнитивно-бихевиоральная терапия. М.: Независимая фирма "Класс", 1998, с. 352-373.

Комментарий Джея Хейли к статье А. Лазаруса

Мне очень приятно, что меня попросили прокомментировать выступление доктора Лазаруса. Я считаю, что оно было сделано на высоком уровне и явилось хорошим стимулом к обсуждению. В выступлении были подняты многие вопросы, связанные с эволюцией психотерапии.

Трудность для меня заключается в том, что изложение было столь насыщенным, что его не просто полностью охватить. Поэтому я ограничусь аспектами, интересующими лично меня. Во-первых, я согласен с тем, что мифы, выделенные д-ром Лазарусом, существуют; думаю, что против этого вообще трудно возражать.

Мне кажется, д-р Лазарус видит психотерапию как рациональную деятельность, опирающуюся на научные данные. В ней не должно быть места мифам, и упор должен делаться на факты. Я не думаю, что такая точка зрения применяется на практике и что такой подход используется в психотерапии. Нельзя сказать, что существует научная истина, с одной стороны, и мифы — с другой; скорее, в области психотерапии то, что является мифом для одного человека, есть истина для другого.

Предположим, к примеру, что психотерапия появилась как наука, которой занимаются умные мужчины и женщины, и их задачей является помочь измениться людям, страдающим от психологических проблем и желающим измениться. Проблемы тогда описывались бы таким образом, что становилось бы ясно, какие психотерапевтические маневры необходимо осуществить, чтобы добиться желаемых изменений. Были бы придуманы техники, измерены результаты их применения, улучшены способы воздействия, и сегодня мы имели бы единую систему научных взглядов на то, как осуществлять личностные изменения. У всех было бы одно и то же мнение относительно того, как следует лечить физически абсолютно здорового человека, паникующего по поводу своего сердца. Насколько я понял, д-р Лазарус предпочел бы именно такой рациональный подход.

Однако до сих пор психотерапевты, пытающиеся изменить людей, не смогли достичь консенсуса. У них нет даже общего мнения относительно того, является ли осуществление личностных изменений задачей психотерапевта. Если бы мы спросили об этом у многих психоаналитиков, они, весьма вероятно, ответили бы отрицательно. Их задача — помочь людям понять самих себя, а изменится человек после этого или нет, от них не зависит. Нет согласия и во вопросу о том, как психотерапевт должен определять проблему, с которой необходимо работать. Если нет согласия относительно проблемы, не может быть и согласия относительно методов воздействия на нее. Один психотерапевт может считать, что страх умереть от инфаркта — это проблема, связанная с иррациональными убеждениями. Другой решит, что страх — это способ определиться в отношениях с женой и заставить ее вести себя определенным образом. Многие психотерапевты сочтут, что на симптомы лучше всего воздействовать через супружеские отношения и будут ожидать, что изменения симптомов будут коррелировать с изменениями в семье.

Однажды я провел исследование результатов психотерапии, в котором принимало участие несколько сотен семей; я хотел выяснить, способствует ли согласие психотерапевта и клиента относительно существования проблемы достижению положительного результата. Эту, на первый взгляд, простую задачу оказалось довольно сложно выполнить. Например, мать говорит, что проблема в том, что ребенок ее не слушается. Психотерапевт считает, что у ребенка проблема с “эго-дифференциацией”. Идет ли здесь речь об одной и той же проблеме? Часто психотерапевт и клиент не соглашаются в определении проблемы и говорят на разных языках до тех пор, пока психотерапевт не обучит клиента профессиональным терминам.

Если мы не можем прийти к общему мнению по поводу задачи психотерапии и к согласию относительно проблемы, как же мы можем одинаково видеть ее причины? Мы даже не имеем общей точки зрения на то, имеет ли причина значение для методов решения проблемы. Например, существовала теория о

том, что прошлые травмы вызывают сегодняшние фобии. Сегодня некоторые психотерапевты не соглашались с подобной причинно-следственной связью. Другие же считали, что эта причина не имеет отношения к способам решения проблемы. Они говорят, что теории, объясняющие, как человек пришел к своему сегодняшнему состоянию, — это одно, а теории, предлагающие путь осуществления изменений, — это совсем другое.

Мне кажется, не стоит ожидать, что психотерапевты достигнут общей научной точки зрения относительно того, следует ли менять людей и что именно и как следует менять. Вместе с тем, важно, что у нас есть такие люди, как д-р Лазарус, которые стремятся найти такую точку зрения, хотя в процессе поиска им и приходится сталкиваться с многочисленными разочарованиями.

Для интересующихся историей: сто лет назад сведущими людьми была предпринята серьезная попытка определить психотерапевтическую проблему и сферу психологии (Ellenberger, 1970). В 1880 году различные исследователи пытались дать объяснение конкретным феноменам. Они заметили, что в некоторых случаях человек не мог заставить себя не совершать определенный поступок. Или человек делал что-то, о чем немедленно и прочно забывал. Или он не мог прекратить делать что-то, сам не зная почему. То есть они пытались объяснить произвольное поведение, характерное для психологических симптомов. Если человек говорил, что ничего не может с собой поделать, попытки с точки зрения разума убедить его в иррациональности подобного мышления не помогали. Почему же люди так вели себя?

В восьмидесятых годах прошлого века было предложено три объяснения подобного поведения. Первое объяснение: неосознаваемые идеи, направляющие человека. Так впервые в качестве объяснения было предложено бессознательное. Если человек сделал что-то, не зная, почему он это сделал, и даже вовсе забыл о сделанном — значит, какая-то часть мышления не доступна осознанию. Доставшийся в наследство от Месмера гипноз был использован для того, чтобы продемонстрировать, что под влиянием внушения может возникнуть амнезия, что подкрепляло гипотезу о бессознательном.

Второе объяснение, ставшее популярным, заключалось в том, что в человека вселялся чуждый дух. Можно отметить, что это, пожалуй, самое распространенное в мире объяснение произвольных поступков — на нем основаны целые школы целительства. Это их наука. (Любопытно, что участники этой конференции не считают этот вопрос достойным обсуждения.)

Третье объяснение состояло в том, что за произвольные поступки отвечает одна из его множественных личностей. Мнение, что в разное время на первое место выступают разные личности и одна личность не помнит того, что делает другая, было весьма распространено. Сейчас, сто лет спустя, это объяснение снова в моде. Количество зарегистрированных случаев расщепления личности постоянно растет. В 1980 году в профессиональной литературе всего мира было описано всего около 200 случаев расщепления личности. В течение следующих 10 лет только в Северной Америке было как минимум 6 тысяч больных с таким диагнозом (Ross & Wozney, 1989).

Что касается изменения произвольного поведения, то решили, что самой подходящей техникой для этого является гипноз, поскольку он может влиять на бессознательное. Этот подход стал самым популярным на Западе, вокруг него сформировалась психодинамическая теория, несмотря на то, что группа, впервые начавшая применять гипноз в указанных целях, впоследствии отказалась от него. Следует заметить, что основной целительской техникой при одержимости злым духом является ритуальный транс, а гипноз сейчас обычно применяется для лечения расщепления личности.

В двадцатом веке различные психотерапевтические техники стали развиваться как отклонения от психодинамической точки зрения. Представителям некоторых видов психотерапии приходилось объяснять, что их направление переросло психодинамику, многим, прежде, чем заняться чем-то новым, нужно было отучиться видеть все сквозь призму психодинамической теории.

Как отметил д-р Лазарус, сегодня существуют сотни видов психотерапии и отсутствует консенсус. Мы до сих пор определяем вышеупомянутую проблему как непроизвольное поведение, но уже разработано большое количество способов ее решения. Как говорит д-р Лазарус, выбор подхода может зависеть скорее от лидера группы (если не от лидера культа), а не от результатов научных исследований. Для меня является загадкой, по каким причинам психотерапевты предпочитают один подход другому. Похоже, выбор не зависит ни от изучения результатов применения подхода, ни даже от самого результата. Скорее предпочтение одной или другой точке зрения отдается по политическим причинам, связанным с принадлежностью к определенным группировкам. Я знаю подходы, применение которых часто приносит положительные результаты, но на которые, тем не менее, профессионалы мало обращают внимания. Например, хорошие результаты приносит применение активной семейной терапии в семьях наркоманов. Ее результаты были исследованы и описаны. Тем не менее, страдающих наркоманией до сих пор по привычке помещают в искусственно создаваемые группы, игнорируя членов их семей.

Случай, описанный д-ром Лазарусом — классический. Человек находится в состоянии паники, боясь умереть от инфаркта, тогда как с его сердцем все в порядке. Он говорит, что ничего не может с собой поделать — это непроизвольный страх. Поэтому уверения в том, что его сердце работает нормально, проблемы не решают. Независимо от количества обследовавших его и сделавших положительное заключение врачей, он продолжает паниковать по поводу своего сердца.

К этому случаю приложим каждый из мифов, выделенных д-ром Лазарусом. Попробуем рассмотреть эти мифы с противоположных точек зрения.

1. Можно считать, что успех психотерапии определяется личностью психотерапевта, или, как говорит д-р Лазарус, правильными терапевтическими отношениями. Противоположная точка зрения такова, психотерапевт должен точно знать, что и как делать, чтобы справиться с подобной сердечной проблемой.
2. Можно считать, что проблема имеет медицинский характер, а можно рассматривать ее как человеческую дилемму. Несмотря на то, что физическое

здоровье клиента в полном порядке, его проблему можно отнести к компетенции медицины. В таком случае прибегают к помощи лекарств. Если же рассматривать проблему как психологическую, требующую психотерапевтического вмешательства, то следует внимательно изучить человека и социальную ситуацию, в которой он живет, для того, чтобы найти способ осуществить изменения. Конечно, некоторые попытаются определить проблему как одновременно медицинскую и психологическую. В результате можно прийти к тому, что социальный работник станет заниматься медицинской проблемой, не имея медицинского образования. Или же поставленный диагноз окажется попыткой компромисса между психотерапевтом и лечащим врачом, у которых могут быть разные точки зрения на способы решения проблемы, что, конечно же, только затруднит процесс лечения.

3. Можно полагать, что причина проблемы в прошлом, а можно — что у нее есть функция в настоящем. Если мы придерживаемся первой точки зрения, мы исследуем прошлое и считаем, что человек интериоризировал программу поведения, выработанную ранее. Если же мы концентрируемся на настоящем, необходимо исследовать социальную ситуацию, для того, чтобы найти функцию симптома.

4. Некоторые считают, что для того, чтобы произошли изменения в личности клиента, ему самому необходимо понять, что стоит за его проблемой, причем понять это в соответствии с теорией, которой придерживается его психотерапевт. Другая точка зрения: изменения могут производиться психотерапевтом, которому нет нужды обучать клиента; на самом деле изменения могут происходить, даже если клиент этого не осознает. Другими словами, некоторые психотерапевты убеждены, что им следует делиться с клиентом своими знаниями о механизме психотерапии и о применяемых ими техниках. Другие полагают, что построение психотерапевтического процесса — дело только психотерапевта.

Есть, конечно, и другие точки зрения, которые приходят на ум из-за разнообразия идей, предложенных д-ром Лазарусом. Приведенный им пример страха умереть от инфаркта дает повод для размышления. Каждому из нас необходимо задуматься над тем, что эффективнее: выучиться одному методу и применять его ко всем клиентам или же конструировать специальную программу работы для каждого отдельного случая. Научиться методу проще, чем научиться каждый раз перестраиваться. И все же очевидно, что при огромном количестве проблем, решения которых от нас ожидают, никакой отдельно взятый метод нас не удовлетворит. Владея разными способами воздействия, психотерапевт может ответить на вопрос, что лучше в каждом конкретном случае: применить несколько разных методов или, если это будет эффективным, экономно воспользоваться лишь одним.

Д-р Лазарус при работе с паникой использовал различные способы воздействия в течение 44 психотерапевтических сеансов. Подход, который им не был использован, — это вовлечение жены и (или) других членов семьи в процесс психотерапии, кроме как в виде “пустого стула”. Позже клиент сообщил ему, что в семье произошли изменения в лучшую сторону, совпавшие по времени с улучшением симптоматики, что семейным терапевтом было бы истолковано как нормальная корреляция.

В примере, описанном д-ром Лазарусом, им были с успехом использованы два классических метода. Во-первых, это метод парадоксальной интенции, который был описан Виктором Франклом. Франкл применил его в работе с пациентом, боявшимся инфаркта, несмотря на то, что его сердце работало безупречно. Насколько я знаю, д-р Франкл мог сказать своему пациенту: “Почему бы Вам не умереть от инфаркта прямо сейчас, у меня в кабинете?” По мере того, как он настаивал на этом, пациент вместо тревоги начинал испытывать ярость, но в конце концов заливался хохотом, чего, собственно, Франкл и добивался. После этого паника отступала.

Несколько другой подход к той же самой проблеме был найден Милтоном Эриксоном, который в аналогичном случае применил семейную терапию. Поскольку страх умереть от инфаркта обычно сопровождается стремлением контролировать окружающих при помощи постоянных жалоб, члены семьи начинают испытывают раздражение одновременно с тревогой за больного. Эриксон в одном из случаев сделал следующее: он пригласил жену больного для личной беседы и предложил ей пройти по разным похоронным конторам и собрать их рекламные буклеты. Когда муж впадал в панику по поводу своего сердца и принимался жаловаться, она начинала спокойно раскладывать их по всему дому. Постепенно ее муж избавился от паники. Я сам применял этот метод в своей работе и убедился в том, что он приносит положительный результат. Однако человек, использующий этот метод, должен обладать определенными навыками в области семейной терапии, поскольку, как только снимается симптом паники, на поверхность выходят супружеские проблемы. Среди гипотез, объясняющих причины непроизвольных действий, сегодня появились семейные проблемы, наряду с уже упоминавшимися бессознательным, одержимостью злым духом и расщеплением личности.

Я думаю, нам всем было бы полезно внимательнее присмотреться к различиям между нашими теориями и мифами. Подход д-ра Лазаруса в описанном им случае основан на предположениях, верных относительно выбранных им методов воздействия. Как он сам подчеркивает, для того чтобы наша работа была эффективной, нам необходимо быть гибкими и уметь смотреть на проблему с разных точек зрения.

Литература

Ellenberger, H.F. (1970). *The discovery of the unconscious*. New York: Basic Books.
Ross, G.R., & Wozney, B.A. (1989). Multiple personality disorder: An analysis of 236 cases. *Canadian Journal of Psychiatry*, 314.

Эволюция психотерапии. Том 2. Осень патриархов: Психоаналитически ориентированная и когнитивно-бихевиоральная терапия. М.: Независимая фирма "Класс", 1998, с. 373-380.