

Современная
психотерапия

Лестер Люборски

П р и н ц и п ы
психоаналитической
психотерапии

Руководство
по поддерживающему
экспрессивному
лечению

ЛИЧНОГО ИСПО

Когито-Центр



Современная
психотерапия

Принципы
психоаналитической
психотерапии

РУКОВОДСТВО ПО ПОДДЕРЖИВАЮЩЕМУ
ЭКСПРЕССИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ

Когито-Центр



Только для личного использования

Lester Luborsky

Principles of
PSYCHOANALYTIC
PSYCHOTHERAPY

A MANUAL FOR SUPPORTIVE-EXPRESSIVE
TREATMENT

New York
Basic Books, Inc., Publishers

Только для личного использования

Лестер Люборски

ПРИНЦИПЫ
ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ
ПСИХОТЕРАПИИ

РУКОВОДСТВО ПО ПОДДЕРЖИВАЮЩЕМУ
ЭКСПРЕССИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ

Перевод с английского

Москва
«Когито-Центр»
2002

Только для личного использования

УДК 615.851
ББК 88
Л 93

Переводчики:
Е. С. Калмыкова, М. А. Падун

*Все права защищены.
Любое использование материалов данной книги полностью
или частично без разрешения правообладателя запрещается*

Люборски Лестер

Л 93 Принципы психоаналитической психотерапии: Руководство по поддерживающему экспрессивному лечению / Пер. с англ. — М.: «Когито-Центр», 2002, — 256 с. (Современная психотерапия)

УДК 615.851
ББК 88

В руководстве, написанном известным американским психотерапевтом-исследователем, систематически излагаются принципы и стратегии проведения психоаналитически ориентированной краткосрочной психотерапии. Читатель шаг за шагом на материале многочисленных клинических примеров знакомится с техническими приемами и способами «психотерапевтического мышления». В конце книги предлагаются простые в применении методики исследования эффективности терапии, в том числе методы оценки «терапевтического альянса» и качества терапевтической деятельности. Книга будет полезна психотерапевтам и исследователям психотерапии.

ISBN 0-465-06328-4 (англ.)
ISBN 5-89353-084-5 (рус.)

© «Когито-Центр», перевод на русский язык, оформление, 2002

Трем поколениям психотерапевтов посвящается:

*Первому – Зигмунду Фрейду,
создателю базовых методов.*

*Второму – преподавателям Фонда Меннингера,
которые обучают методам терапии.*

*Третьему – исследователям направлений психотерапии,
изучающим эти методы.*

Содержание

Предисловие	11
Предисловие автора	15

ЧАСТЬ I

БАЗОВЫЕ ПРИНЦИПЫ И НАЗНАЧЕНИЕ РУКОВОДСТВА

Глава 1.	задачи книги и особенности	
	терапевтического процесса	23
	Задачи книги	23
	Основные положения психоаналитически	
	ориентированной психотерапии	27
	Содержание книги	32
Глава 2.	Психоаналитическая теория	
	психотерапевтических изменений	34
	Вопрос 1: Что изменяется?	36
	Вопрос 2: Как происходят изменения?	39
	Соотношение силы первого и второго	
	факторов успешности лечения:	
	Достижение осознания в сравнении	
	с созданием помогающих отношений	46
	Соотношение силы факторов успешности	
	лечения и других факторов	47
Глава 3.	Руководства по психотерапии:	
	Переворот в исследовательской	
	и терапевтической практике	48
	Краткая история руководств	
	по психотерапии	48
	Результаты исследований форм терапии,	
	осуществляемой без использования	
	руководств	51

	Результаты исследований видов психотерапии, которые поддаются описанию в форме руководства	52
	Направления будущих исследований	58
ГЛАВА 4.	РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РАБОТЕ	
	с учебным руководством	60
	Обучение по руководству	60
	Текущая супервизия	61
	Процедура супервизии	62
	Формирование пары «терапевт – пациент»	67

ЧАСТЬ II РУКОВОДСТВО

ГЛАВА 5.	Начало лечения	77
	Постановка целей	77
	Объяснение сущности процесса лечения	79
	Установление отношений доверия и раппорта	83
	Начальный этап понимания проблем пациента и ответные реакции терапевта	84
ГЛАВА 6.	ПОДДЕРЖИВАЮЩИЕ ОТНОШЕНИЯ	86
	Принятие решения, кто из пациентов нуждается в усилении поддерживающих отношений	87
	Оценка помогающего альянса с точки зрения пациента	93
	Помощь пациенту в переживании «помогающего альянса»	96
ГЛАВА 7.	ЭКСПРЕССИВНЫЕ ТЕХНИКИ:	
	СЛУШАНИЕ И ПОНИМАНИЕ	104
	Достижение понимания: четыре фазы	104
	Принципы формулирования заключений	130

ГЛАВА 8. ЭКСПРЕССИВНЫЕ ТЕХНИКИ:	
ОТВЕТНЫЕ РЕАКЦИИ ТЕРАПЕВТА	
И ДАЛЬНЕЙШЕЕ СЛУШАНИЕ	132
ГЛАВА 9. ОКОНЧАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ	153
Повторное прояснение	
временной структуры.....	154
Как определить необходимые условия	
готовности пациента	
к окончанию лечения	155
Этапы лечения как вехи на пути	156
«Прибытие в пункт назначения» —	
цели достигнуты	158
Достижение целей не означает,	
что решены все проблемы	
взаимоотношений	160
Желание закончить лечение	
преждевременно	161
Опыт расставаний с предыдущими	
пациентами облегчает	
завершение лечения	163
Признание возобновления	
симптоматики как способ работы	
со значением расставания	163
Возможность дальнейших контактов после	
завершения лечения	165
Необходимость дальнейшего лечения	166
ГЛАВА 10. ВАРИАЦИИ И ДОПОЛНЕНИЯ	167
Ограниченная во времени	
психотерапия (ПЭ-ОВ)	167
Семья пациента и другие близкие ему люди в	
терапевтической группе	173
Комбинированное лечение	
психотерапевтическими	
и психофармакологическими методами ..	176
Физиологическое обследование	180

Глава 11. Метафорические аналогии	182
Выращивание таинственного растения	182
Очистка луковицы	183
Разгадка криминальной истории	183
Поиск дерева в густом лесу	184
Игра в шахматы (пересмотренная аналогия)	185

ЧАСТЬ III ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Памятка терапевту по проведению поддерживающей экспрессивной терапии	189
Приложение 2. Пример отчета по предварительному диагностическому обследованию, которое привело к ограниченной во времени психотерапии	190
Приложение 3. Предварительное интервью социализации	196
Приложение 4. Пример использования метода центральной темы конфликтных отношений: Инструкция исследователю	202
Приложение 5. Рейтинговые шкалы для поддерживающей экспрессивной психоаналитически ориентированной психотерапии	231
Литература	243

ПРЕДИСЛОВИЕ

Можно сказать, что в целом психотерапия зарекомендовала себя как эффективный метод лечения. Многие пациенты, обращающиеся к психотерапевтам в связи с различными симптомами (навязчивые движения и мысли, депрессия, тревожность, соматические проблемы, не связанные с органическими причинами), испытывают улучшения после терапии. По сравнению с первоначальными задачами (которые включали лечение определенных заболеваний, таких, как обсессивно-компульсивный невроз или истерия) область применения психотерапевтического лечения существенно расширилась и теперь включает также личностные и характерологические проблемы и даже проблемы «оптимизации» социальной и межличностной эффективности. Независимо от состояния пациента, будь то серьезное заболевание или отдельные психологические проблемы, психотерапия оказалась эффективным методом психологической помощи, что подтверждается многими исследованиями (Luborsky, Singer, and Luborsky, 1975; Bergin and Lambert, 1978; Smith, Glass, and Maller, 1980).

Несмотря на явные достоинства психотерапии, огромное количество проблем остается нерешенным. Это обусловлено разнородностью состояний людей, которые обращаются за помощью, множеством психотерапевтических методов, претендующих на эффективность, а также огромным количеством терапевтов, имеющих самые разные убеждения. Все эти факторы требуют более четких ответов на вопрос: какой вид терапии, у какого психотерапевта, для какого пациента и в каком психологическом

состоянии будет эффективен? Технология психотерапии, в отличие от медицины, считается «мягкой». Здесь воздействие осуществляется в основном с помощью слова. Искусство психотерапии требует творческого, тонкого, комплексного подхода к пациенту, подобно творчеству музыканта. Так, Гамлет, сравнивая себя с флейтой, говорил вмешивающимся в его дела Розенкранцу и Гилденстерну: «Вы уверены, что выжмете из меня голос моей тайны. Вы воображаете, что все мои ноты снизу доверху вам открыты. А эта маленькая вещица нарочно приспособлена для игры, у ней чудный тон, и тем не менее вы не можете заставить ее говорить. Что ж вы думаете, я хуже флейты?»* В связи с тем, что область применения психотерапии достаточно широка и число людей, ищущих психотерапевтической помощи, весьма значительно, количество исследований эффективности и безопасности методов психотерапии неуклонно растет. К затруднениям, с которыми сталкивается эта деятельность, относится 250 направлений психотерапии и 150 категорий расстройств, при которых психотерапия показана; получается матрица, состоящая из 37 500 ячеек! Прежде всего следует начинать с выяснения того, какая терапия, проводимая каким терапевтом, для какого расстройства показана.

Психотерапию называют ремеслом. Это понятие позволяет лишь описать метод, с помощью которого осуществляется терапия. Чтобы определить, насколько умелым является ремесленник, необходимо четко представлять, что есть данное ремесло. Психодинамическая психотерапия, корни которой лежат в психоанализе, представляет собой один из наиболее часто применяемых и, что любопытно, один из наименее изученных на предмет эффективности методов.

Данная книга описывает способы изучения эффективности психодинамически ориентированной психотерапии. Лестер Люборски, опытный психотерапевт, психоаналитик, а также выдающийся учитель и исследователь, излагает базовые принципы «поддерживающей экспрессивной психоаналитически ориентированной психоте-

* Перевод Б. Пастернака

рапии». Он описывает лечение расстройств, при которых люди действуют против самих себя недоступными сознанию способами. Вскрытие мотивов, целей, методов конфронтации между «Я» и другими, а также сущности отношений между пациентом и терапевтом («перенос») является основой терапии. Четкие критерии, установленные доктором Люборски относительно практики поддерживающей экспрессивной психоаналитически ориентированной психотерапии, подкрепленные специальными примерами, дают возможность делать выводы относительно способности терапевта применять эти техники, а также адекватности их применения в тех или иных случаях. С помощью данного руководства исследователь может продолжить изучение эффективности тех или иных элементов психотерапии или их комбинаций, необходимых для достижения положительных терапевтических результатов при определенных расстройствах.

Руководство выполняет еще одну важную функцию. Оно может быть использовано как для обучения психотерапии, так и для совершенствования уже имеющихся навыков. Руководство дает важную ориентировочную схему процессов, характерных для данной формы терапии. Эта ориентировочная схема раскрывает сущность техник и, таким образом, дает возможность обучающемуся глубже проникнуть в тайну терапевтического воздействия.

В дополнение к четкому изложению терапевтического процесса и клинических примеров, которые иллюстрируют этапы терапии, Люборски понятно и отчетливо проясняет теорию терапии. Обоснованное им выделение в терапии специфических и неспецифических факторов весьма полезно, так как стимулирует дальнейшие исследования влияния различных факторов на процесс лечения. Фокус внимания при этом направлен на природу терапевтических отношений и реакций на них пациента и терапевта, расширение понимания сущности переноса и его использования посредством уточнения темы конфликтных отношений. Исследователи психотерапии найдут в этом руководстве много скромно представленных «жемчужин», таких, как принципы оценки продвижения

в терапии, а также операциональные критерии бессознательных психологических процессов.

Это очень нужная книга. Она заполняет собой пробел в исследованиях результатов психотерапии, предлагая дидактические методы и теоретические гипотезы относительно психодинамики изменений, которые происходят в терапии в контексте взаимоотношений двух людей.

*Д-р Филип С. Хольцман
Профессор психологии
Гарвардский университет
Кембридж, Массачусетс*

ПРЕДИСЛОВИЕ АВТОРА

В течение многих лет настоящее руководство по психоаналитически ориентированной психотерапии в основном применялось при проведении обучающих тренингов в Отделении психиатрии университета Пенсильвании. Однако переворот, произошедший в психотерапевтических исследованиях около десяти лет назад, потребовал написания стандартного руководства для более эффективной реализации методов и теоретических принципов различных направлений терапии, а также для их сравнения. Настоящее руководство было одним из первых подобных учебных пособий. Теоретические принципы, техники и стратегии, представленные здесь, основаны на обширных клинических исследованиях. Руководство для психотерапевтов, исследователей и супервизоров было создано в результате практической работы в области психоаналитически ориентированной психотерапии.

Моя цель состояла в том, чтобы собрать в книге наиболее репрезентативные и часто используемые техники из практики психоаналитически ориентированной психотерапии. В связи с тем, что по этому направлению написано много работ, важно было показать читателю, как появилась именно эта форма терапии, и отразить присущие ей специфические моменты.

Основные принципы данного руководства базируются на опыте обучения классическому психоанализу и психоаналитически ориентированной психотерапии (являющихся двумя наиболее часто практикуемыми формами терапии в Фонде Меннингера в течение 13 лет — 1947–1959). Термин «поддерживающая экспрессивная» пришел именно из пси-

хоаналитической психотерапии. Однако описанная в данном руководстве форма психотерапии не является новой версией психоаналитически ориентированной терапии, хотя и содержит важные ее компоненты. Термин «поддерживающая экспрессивная» имеет отношение к двум основным техникам лечения: поддержка достигается с помощью определенных взаимоотношений с терапевтом, экспрессивность — с помощью понимания выражаемых пациентом чувств.

Мой ранний опыт в данном направлении психотерапии был наиболее созидательным в течение пяти лет, когда пять моих коллег выступали в качестве супервизоров, при этом каждый из них был практикующим психотерапевтом и одновременно проходил анализ: д-р Лэвис Роббинс, д-р Михалина Фабиан, д-р Ирвин Картус, д-р Альберт Овер и д-р Карл Эпштейн. Я очень благодарен супервизорам из Фонда Меннингера, с которыми имел возможность в течение пяти лет познавать психоанализ с точки зрения пациента. Информация, полученная от трех супервизоров проводимого мной психоаналитического тренинга в Психоаналитическом институте Топека, также отражена в этом руководстве. Это д-р Отто Флейшман, д-р Петринелла Тибут и д-р Исаак Рамзи. Меня поразило, например, терпение д-ра Флейшмана и способность слушать пациента без каких-либо заключений и интерпретаций до тех пор, пока пациент не сформулирует нужный «материал».

В те годы моими коллегами, которые оказали воздействие на разработанную мной теорию и психотерапевтические техники, были: Рудольф Экштейн, Карл Меннингер, Вильям Пиус, Гельмут Кайзер, Ян Франк, Филип Нолзман, Мертон Гилл, Дэвид Раппапорт, Джордж Кляйн, Герберт Шлезингер, Роберт Р. Холт, Роберт Валлерштейн, Вальтер Касс, Маргарет Бренман, Бенджамин Рубинштейн, Пауль Бергман, Рой Шафтер, Мартин Мэйман, Отто Кернберг, Гарднер Мерфи, Луис Мерфи и Ховард Шервин. Я полагаю, мой терапевтический стиль отчасти сложился под влиянием их мнений и предложений.

Некоторые характеристики моего терапевтического стиля базируются на супервизии врачей-психиатров

и психологов Отделения психиатрии Университета Пенсильвании, осуществленной в Филадельфии после 1959 года. Один из психиатров, которого я супервизировал, д-р Перри Берман, подтолкнул меня к созданию метода центральной темы конфликтных отношений (CCRT), описанного в главе 7 и приложении 4. Я помню времена, когда он настаивал на том, что в процессе понимания главной темы отношений есть нечто большее, чем то, что я ему излагал. Он считал, что недостаточно просто сказать, что терапевт слушает для того, чтобы понимание пришло само собой, и настаивал на формулировании принципов, руководящих пониманием. Я попытался сформулировать эти принципы и пришел к созданию метода CCRT.

Некоторые принципы работы с техниками сложились из опыта супервизий. Кроме того, именно высокая оценка супервизорами ранней версии руководства, названного тогда «Задача психотерапевта» (1973), побудила меня в 1976 году к изданию этой книги. Я также получил заряд бодрости от признания моих заслуг и присуждения премии Департамента психиатрии за выдающееся мастерство в преподавании в 1977 году.

Окончательное решение опубликовать руководство было принято летом 1979 года после того, как два моих старых друга, а также коллеги по Фонду Меннингера прочитали проект руководства. Д-р Филип Хольцман рекомендовал мне включить в книгу историю вопроса и клинические примеры для лучшего усвоения теоретических принципов в соответствии с правилами написания учебного текста. Д-р Джеральд Аронсон оказал квалифицированное содействие в разработке теоретической основы поддерживающих экспрессивных (ПЭ) принципов и посоветовал изложить их более подробно.

Результаты исследований различных направлений психотерапии был взяты как из моих собственных работ, так и из работ других ученых. Мой опыт исследований психотерапии в течение нескольких десятилетий показывает, что воздействие результатов исследований психотерапии на практику оказалось меньшим, чем можно было бы ожидать. В 1969 году я даже написал скептическую

статью: «Исследования до сих пор не могут оказать влияние на клиническую практику». Моя точка зрения согласовывалась со взглядом Карла Роджерса, который в 1960 году говорил, что его собственное исследование психотерапии (которое было до удивления обширно и охватывало множество аспектов) имело весьма небольшое влияние на его клиническую практику.

Однако в последнем десятилетии исследования психотерапии начали оказывать большее воздействие на клиническую практику. Я уже почти готов отказаться от своей точки зрения, изложенной в 1969 году, потому что несколько недавних исследований оставили значительный след в данном руководстве. Три основных направления этих исследований отражены в руководстве в следующих аспектах: (1) предсказательная ценность помогающего альянса (Luborsky, 1976a; Morgan, Luborsky, Crits-Christoph, Curtis, and Solomon, 1981; Luborsky, Crits-Christoph, Alexander, Margolis, and Cohen, 1983); (2) руководство по пониманию паттернов переноса, представленное с помощью центральной темы конфликтных отношений (CCRT) (Luborsky, 1977); и (3) вклад в разработку методов формирования пар «терапевт – пациент» (Luborsky and McLellan, 1981; McLellan, Luborsky, Woody, O'Brien and Druley, 1983; McLellan, Luborsky, O'Brien, Druley and Woody, 1983). За частичную поддержку этих исследований я хочу поблагодарить Общественный центр здоровья Соединенных Штатов (исследовательский грант № 40710).

Коллеги, друзья и родственники также оказали помощь при написании этого руководства и при подготовке его к публикации. Наибольший вклад внесли Филип Хольцман, Лесли Александер, Мэйджори Коген, Артур Ауэрбах, Джеральд Аронсон, Джордж Вуди, Фридрих Дж. Левин, Стенли Гринспан, Эллен Берман, Маршал Эдельсон, Джон Дочети, Пауль Джерин, Эллен Люборски, Рут Сэмсон Люборски, Лайз Люборски и Питер Люборски. Я хочу особенно поблагодарить Филипа Хольцмана за написание предисловия, а также за успешное сочетание деловых и дружеских отношений. Джо Энн Миллер и Тереза Крейг из издательства «Бэйсик букс» придали рукописи окончательный вид.

До публикации руководство прошло следующую апробацию: 1) работа по руководству студентов-психиатров четвертого года обучения и молодых психологов пост-дипломного образования Отделения психиатрии Университета Пенсильвании (1982-1983), руководитель отделения – д-р Эдвард Швейцер; 2) семинар в Отделении психотерапии Университета Ульм (декабрь 1982, декабрь 1983, организован д-ром Х. Кехеле и д-ром Х. Томэ).

В связи с тем, что супервизоры и терапевты взаимно обучали друг друга, я хочу особенно поблагодарить терапевтов, в числе которых были и студенты, и преподаватели, с которыми я провел более года, обсуждая проблемы их пациентов.

*Лестер Люборски, д-р философии
Филадельфия
январь 1984 г.*

Только для личного использования

ЧАСТЬ I

**БАЗОВЫЕ ПРИНЦИПЫ
И НАЗНАЧЕНИЕ РУКОВОДСТВА**

Правообладатель: «Эксперимент-Центр»

Только для личного использования

Только для личного использования

ГЛАВА 1. ЗАДАЧИ КНИГИ И ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

ЗАДАЧИ КНИГИ

Термином «психоаналитически ориентированная психотерапия» принято называть один из самых распространенных методов психотерапии. В Соединенных Штатах он широко применяется как в амбулаторных психиатрических клиниках, так и в частной практике (Feldman, Logg, and Russel, 1958; Henry, Sims, and Spray, 1973). Несмотря на интенсивное развитие бихевиорального (Brady, 1970) и экзистенциального (Karasu, 1981) направлений терапии, психоаналитически ориентированная психотерапия продолжает развиваться и обогащаться все новыми методами (Parloff, 1979).

Хотя психоаналитически ориентированная психотерапия завоевала большую популярность, она нуждается в специальных исследованиях, как, впрочем, и другие виды терапии. Одна из главных проблем, которые предстоит решить, — это вопрос, почему эффективные техники в некоторых ситуациях оказываются недейственными. Для исследований результатов терапии требуются более чуткие инструменты, чем те методы, которые использовались прежде (Luborsky, Singer and Luborsky 1975, Smith, Glass and Miller 1980). Минимальные требования к подобным методам должны включать: (1) описание техник каждого вида психотерапии; (2) подробное руководство для терапевта по этим техникам; (3) способ определения степени готовности психотерапевта применять данную технику. Последним требованием, как правило, пренебрегают.

Автор данной книги делает попытку решить проблемы, связанные с исследованием эффективности

психотерапии, в трех основных и пяти дополнительных разделах:

1. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

В руководстве приводятся базовые принципы терапии, основа которых была заложена Фрейдом в его описании психоаналитических техник ([1911, 1912а, 1913а, 1914, 1915] 1958 V. 12). Кроме того, принципы терапии включают рекомендации более поздних авторов, основанные на многолетнем практическом опыте работы в Фонде Меннингера. Отличительные особенности психоаналитически ориентированной терапии описаны во второй части данной главы, а также в главе 2.

2. ОБУЧЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ С ПОМОЩЬЮ ДАННОГО РУКОВОДСТВА

Настоящая книга соответствует трем основным требованиям к руководству по психотерапии. (а) Рекомендации по терапии должны быть настолько полными, чтобы по ним можно было проводить лечение. Кроме того, в них должны быть описаны базовые техники, которые являются основой данного вида терапии. (б) В руководстве должны быть четко определены принципы психотерапии и описаны конкретные действия терапевта. Выполнение данного требования достигается максимально подробным описанием каждой техники с приведением примеров. (в) В качестве сопроводительного материала руководство должно иметь комплекс методик, определяющих степень владения терапевтом основными техниками (см. Приложение 5).

Несмотря на то, что существует достаточно много рекомендаций по психотерапии, настоящее руководство впервые отвечает всем описанным требованиям (Luborsky and DeRubies, 1984). За исключением руководств по классической бихевиоральной терапии данная книга является первым полным руководством по психотерапии.

3. КОМПЛЕКС ШКАЛ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ СООТВЕТСТВИЕ НАВЫКОВ ПСИХОТЕРАПЕВТА ТРЕБОВАНИЯМ РУКОВОДСТВА ПО ПСИХОТЕРАПИИ

Степень овладения техниками, предлагаемыми в руководстве, может быть оценена независимыми экспертами при помощи заполнения рейтинговых форм по отдельным терапевтическим сессиям обучающегося (см. Приложение 5). Источником составления данных форм послужили работы Люборски, Вуди, Мак-Леллана, О'Брайена и Розенцвейга (Luborsky, Woody, McLellan, O'Brien and Rosenzweig, 1982).

4. ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ ТЕРАПЕВТОВ, СУПЕРВИЗОРОВ И ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ

Руководство представляет собой вспомогательное средство при обучении психотерапевтов, которое позволяет опытным терапевтам усовершенствовать свои навыки. Оно также может оказать помощь в проведении супервизии. Шкалы, измеряющие степень владения терапевтом той или иной техникой, могут быть использованы для оценки готовности терапевта проводить терапию в соответствии с требованиями данного руководства и успешности пройденного тренинга.

Кроме того, руководство ориентировано на решение возникающих у терапевта проблем. Данная задача реализуется с помощью описания принципов, которым должен следовать терапевт в своем понимании взаимодействия с пациентом. На протяжении истории ПЭ терапии процессу интерпретации терапевтом своего взаимодействия с пациентом не придавалось должного значения (Ramzy, 1974; Ramzy and Shevrin, 1976).

Описание принципов, которыми руководствуется терапевт при интерпретации мотивов пациента, — одна из наиболее важных задач настоящего руководства. Она наиболее созвучна сущности психоаналитической ориентации, где терапевт пытается достичь «понимания намерений и мотивов пациента с позиций самого

пациента» (Klein, 1970). Руководство предлагает схему действий для достижения этого понимания с помощью клинического метода, получившего название «центральной темы конфликтных отношений» (core conflictual relationship theme) (CCRT) (см. главу 7). Данный метод предлагает принципы интерпретации раскрываемых пациентом тем, в которых отражены его желания, потребности и намерения по отношению к значимым людям, в том числе к психотерапевту. Понимание тем может служить ориентиром при интерпретации терапевтом поведения пациента.

5. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СОЗДАНИЮ И РАЗВИТИЮ ПОДДЕРЖИВАЮЩИХ ОТНОШЕНИЙ

В главе 6 предлагается руководство по поддерживающим отношениям. Оно частично основывается на качественных клинических исследованиях, в которых была показана эффективность помогающего альянса. Помогаящий альянс представляет собой такие взаимоотношения пациента и терапевта, которые способствуют продвижению пациента в направлении целей терапии.

6. РУКОВОДСТВО ПО КРАТКОСРОЧНОЙ И ДОЛГОСРОЧНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Специальные указания относительно ограниченной по времени терапии обозначены как ПЭ-ОВ (поддерживающая экспрессивная ограниченная во времени терапия). Если в тексте нет специальных указаний, то описываемые принципы действительны и для краткосрочной, и для долгосрочной терапии. Включение в руководство инструкций по ПЭ-ОВ представляет интерес для исследовательских целей в связи с возрастающей привлекательностью краткосрочной терапии как объекта изучения. Преимущество краткосрочной терапии состоит в том, что она может использоваться в условиях клиники.

7. ТЕРАПИЯ, ПРИМЕНЯЕМАЯ ДЛЯ ШИРОКОГО КРУГА ПАЦИЕНТОВ

В ПЭ терапии для каждого отдельного пациента используют различное соотношение поддерживающих и экспрессивных техник. В Фонде Меннингера, например, данный вид терапии применялся даже для стационарных больных, которые проходили лечение одновременно у психиатров госпиталя и психотерапевтов. В таких случаях терапия облегчается в связи с использованием медикаментозных препаратов (руководство по использованию ПЭ в сочетании с фармакотерапией приведено в главе 10).

8. ИНТЕГРАЦИЯ КЛИНИЧЕСКИХ И ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ ЗАДАЧ

Настоящая книга приобретает особую значимость в связи с тем, что в ней обобщаются результаты исследования психотерапевтического процесса. В руководстве описываются исследования эффективности психотерапии, а также то, как принципы эффективной терапии реализуются на практике.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Отличительные особенности психоаналитически ориентированной психотерапии могут быть изучены путем сравнения с родственными психотерапевтическими школами. Наиболее отчетливо характерные черты психоаналитически ориентированной терапии проступают при сравнении ее с прародителем — психоанализом. На самом деле, подавляющее большинство описаний психоаналитически ориентированной психотерапии в последние десятилетия построены на сопоставлении ее с психоанализом. Важнейшие рекомендации

по психоаналитическому лечению были сформулированы Фрейдом ([1911, 1912а, 1912б, 1913а, 1914, 1915] см. 1958) в знаменитых шести статьях, составляющих основу классического психоанализа. Этот вид психотерапии по-прежнему носит название «классический психоанализ», хотя он был отчасти пересмотрен и переработан, например, в работах Феничела (Fenichel, 1941), Стоуна (Stone, 1951), Меннингера и Хольцмана (Menninger and Holzman, 1973).

В постфрейдовский период две основных причины обусловили выделение психоаналитически ориентированной психотерапии в самостоятельное направление (несмотря на очевидное сходство со своим «прародителем»). Первая, более ранняя форма, предложенная Ференци (Ferenczi, 1920) и Ранком (Rank, 1936), была связана с выдвигаемой терапевтами и пациентами задачей сокращения сроков психоанализа. Александер и Фрэнч (Alexander and French, 1946) продолжили традицию сокращения сроков анализа с целью сделать терапию более доступной по сравнению с классическим психоанализом. Они часто сокращали психоаналитические процедуры до рамок краткосрочной психотерапии. Батчер и Косс (Butcher and Koss, 1978) отмечают, что «сегодня <...> двадцать пять сессий — это верхний предел краткосрочной терапии при рекомендуемых многими клиницистами <...> от одной до шести сессий, в то время как более длительным курсом считаются от 10 до 25 сессий». Другое направление психоаналитически ориентированной психотерапии было предложено в начале 40-х годов XX в., во время Второй мировой войны, Гринкером, Шпигелем (Grinker and Spiegel, 1944, 1945) и Линдеманом (Lindemann, 1944) как основа кризисной психотерапии. Впоследствии данные процедуры стали движущей силой для разработки краткосрочных методов, длительность которых была от одной до трех сессий. Краткосрочные методы применялись в случаях, когда требовалась неотложная интервенция в ограниченный период времени.

Вторая причина отделения ПЭ терапии от клинического психоанализа была связана с потребностью в более гибкой психотерапии, легко адаптирующейся к раз-

личным пациентам. Психоаналитически ориентированная психотерапия применима к широкому кругу пациентов, включая тех, чье психическое здоровье не позволяет выдержать классические психоаналитические процедуры.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ

В связи с тем, что по психоаналитически ориентированной терапии не существует ни одного достаточно полного руководства, при описании принципов терапии мы опирались на ряд уже имеющихся публикаций. Так как в руководство включены наиболее часто практикуемые техники психоаналитически ориентированной психотерапии, используемые публикации имеют скорее клинический, нежели теоретический характер. Руководство изложено простым, доступным языком.

Для описания принципов лечения были использованы следующие источники: Bergman and Hartmann (1977); Bibring (1954); Freud ([1911, 1912a, 1912b, 1913a, 1914, 1915] 1958); Gill (1951, 1954); Greenson (1967); Hollender (1965); Luborsky, Fabian, Hall, Ticho and Ticho (1958); Schlesinger (1969); Stone (1961); Wallerstein, Robbins, Sargent and Luborsky (1956); Wallerstein (1984).

Поддерживающая экспрессивная психоаналитическая психотерапия имеет длинную историю. В данном руководстве описана ПЭ психотерапия, которая была основным методом терапии в Фонде Меннингера (Wallerstein и др., 1956), начиная с 40-х годов XX в. Эта форма терапии получила название поддерживающей экспрессивной (или экспрессивно-поддерживающей) психоаналитически ориентированной психотерапии (в зависимости от того, какие техники преобладали в процессе лечения). Версия, представленная здесь, определяется как поддерживающая экспрессивная. В этой аббревиатуре предполагается, что терапия содержит конкретную комбинацию поддерживающих и экспрессивных техник. Ниже приведены основные отличительные принципы ПЭ психотерапии, наиболее важные из которых помечены *.

***1. Клинические принципы психоанализа**

Здесь имеются в виду хорошо известные принципы психоанализа; прежде всего это руководство по работе с проявлениями переноса (глава 2).

***2. Экспрессивные техники**

Экспрессивные техники представляют собой стандартные психоаналитические интерпретативные процедуры. Они являются своего рода основой, на которой пациент выражает свои мысли и чувства, а затем терапевт и пациент совместно интерпретируют их. Достигнутое понимание является движущей силой изменений. Выражаемые пациентом мысли и чувства постепенно выводят наружу факторы, лежащие в основе саморазрушительных действий и подлежащие преобразованию в процессе психотерапии. Основная идея терапии состоит в том, что пациент будет меняться по мере осознания мотивов своих действий (идея неосознаваемой детерминации поведения). Источником наиболее значимых сведений о поведении пациента является его повторное переживание проблем ранних взаимоотношений в отношениях с терапевтом, то есть в переносе.

В классическом психоанализе экспрессивные техники применяются очень широко, особенно в случаях анализа различных видов переноса, которые активизируются в процессе лечения. Использование экспрессивных техник для большинства пациентов в ПЭ ничем не отличается от их использования в классическом психоанализе. Однако в определенных случаях экспрессивные техники могут применяться в меньшей степени, а поддерживающие — в большей, так как для некоторых пациентов экспрессивные техники не всегда эффективны.

***3. Поддерживающие аспекты**

Термином «поддерживающие отношения» обозначают аспекты ПЭ терапии, которые отражают переживание пациентом процесса лечения и отношений с психотера-

певтом как помогающих. Поддерживающие аспекты не являются когнитивными, так как они не направлены напрямую на осознание. Большинство поддерживающих техник содержится в самой структуре процесса лечения. К ним относятся, например, регулярные встречи, направленность на выявление целей лечения, а также совместная работа терапевта и пациента над осуществлением этих целей. Обычные позитивные трансферные ожидания также усиливают поддерживающие аспекты лечения. Поддерживающие отношения, которые представлены в ПЭ терапии, а также в других видах психотерапии и классическом психоанализе (который часто оценивается пациентами как весьма поддерживающий вид терапии), могут быть определены как неспецифические помогающие факторы.

В дополнение к собственно поддерживающим аспектам ПЭ терапия обеспечивает поддержку определенных пациентов в определенные периоды времени (глава 6). Такая гибкая помощь широко принимается всеми, кто разделяет философию ПЭ, но ее использование довольно рискованно. Основной риск связан с тем, что поддерживающие отношения могут занимать место соответствующих экспрессивных техник, а это, в свою очередь, может ограничить развитие пациента.

***4. Отказ от советов**

Воздержание от советов является признанным принципом психоаналитически ориентированной психотерапии (Vibring, 1954). На практике доказано, что в ПЭ советов дается меньше, чем в других видах психотерапии (см. главу 3).

5. Общение терапевта и пациента «лицом к лицу»

В психоаналитически ориентированной психотерапии принято общение пациента и терапевта «лицом к лицу». Кушетка с сидящим позади пациента психоаналитиком используется только в классическом психоанализе, чтобы облегчить течение свободных ассоциаций и предотвратить отвлекаемость пациента.

6. Продолжительность лечения и временная структура

ПЭ психотерапия может быть как терапией с открытыми сроками (ОС), так и ограниченной во времени (ОВ). Название «терапия с открытыми сроками» используется чаще, чем «неограниченная по времени психотерапия», так как оно в большей степени отражает временные аспекты ПЭ. Термин «терапия с открытыми сроками» означает, что окончание процесса терапии определяется участниками по ходу процесса лечения, в то время как термин «неограниченная» предполагает, что аспект времени вообще не рассматривается и ограничений не существует. ОВ обычно продолжается от 6 до 25 сессий, ОС — от нескольких месяцев до нескольких лет.

7. Количество сессий в неделю

Обычная периодичность сессий — один или два раза в неделю. В классическом психоанализе сессии, как правило, проводятся четыре или пять раз в неделю.

СОДЕРЖАНИЕ КНИГИ

Книга состоит из двух частей и приложения. В первой части описаны цели руководства, сущность терапии, ее соотношение с теорией, процесс подготовки пациента, а также процедура отбора пациентов и терапевтов.

Во второй части предлагается описание поддерживающей экспрессивной психоаналитически ориентированной психотерапии (ПЭ) путем изложения ее принципов и примеров в форме руководства.

Приложения содержат специальные методические материалы для облегчения психотерапевтической практики, в которые включены интервью для подготовки пациента, процедура выявления центральных конфликтных тем отношений (CCRT) и комплекс рейтинговых шкал для измерения степени готовности психотерапевта к проведению психоаналитически ориентированной психотерапии. Порядок

описания ПЭ психотерапии соответствует временной организации процесса и содержит следующие этапы:

1. Подготовка пациента перед началом лечения (глава 4).
2. Начальный этап, на котором обсуждаются цели лечения, периодичность сессий, формируются отношения доверия и взаимопонимания, а также выявляются основные проблемы взаимоотношений (глава 5).
3. В необходимых случаях большое внимание уделяется установлению поддерживающих отношений (глава 6).
4. Применение экспрессивного компонента психотерапии, как средства осознания взаимосвязи между имеющимися у пациента симптомами и его проблемами во взаимоотношениях (главы 7,8).
5. В завершение лечения применяются методы, направленные на сохранение его результатов (глава 9).

Все этапы ПЭ терапии предвидеть достаточно сложно. Как правильно заметил Фрейд ([1913а], 1958), проводя аналогию между психотерапией и игрой в шахматы, нам известны только начальные и завершающие ходы, а для остальных можно лишь интуитивно определить последовательность действий. Поэтому «данный пробел в инструкции может быть заполнен только с помощью тщательного исследования успешных игр хороших мастеров» (р. 123). В данном руководстве детально описываются не только начальные и завершающие шаги, но и некоторые промежуточные. Описание пяти этапов, а также подэтапов внутри каждого дает возможность упорядочить процесс настолько, насколько это возможно. Однако нужно помнить, что соблюдение описываемой структуры психотерапевтического процесса не есть главная цель терапии. Данное утверждение имеет параллель в религиозной интерпретации: в Талмуде (Санхедрин, начало шестой части) говорится, что даже когда есть много указаний, они не дают требуемой схемы действий; ибо даже у дня Страшного суда нет четкой последовательности; важно, чтобы выбор был «выбором сердца». Таким образом, хотя ПЭ техники имеют четкую логическую последовательность, они остаются достаточно гибкими. Главное в терапии – это прежде всего идея помощи пациенту в достижении его целей, на которую должны опираться терапевт и пациент.

ГЛАВА 2. ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ

Поддерживающая экспрессивная психотерапия берет свое начало из психоаналитической теории психотерапевтических изменений. Для более тщательного изучения проблемы читатели могут обратиться к следующим источникам: Bibring (1954); Fenichel (1941); Freud ([1911, 1912a, 1912b, 1913a, 1914, 1915] 1958); Luborsky and Schimek (1964); Menninger and Holzman (1973); Stone (1951).

Так же как теория изменений посредством психотерапии, психоаналитическая теория изменений должна ответить на два основных вопроса:

1. В чем сущность изменений?
2. Как происходят изменения?

Ответы на эти вопросы представляют собой сущность психоаналитической теории изменений. Основные положения теории приведены в таблице 2.1.

Теперь следует изложить некоторые основные положения теории:

1. Основные постулаты теории не касаются физиологических детерминант поведения, а имеют дело с психологическими феноменами, такими, как чувства, мысли, восприятие и память.

2. В теоретической части используется широкое понимание категории переживания, то есть содержание переживания не ограничивается рамками сознания, потому что, говоря словами Фрейда (Freud, [1915], 1958), сознательный опыт есть лишь ограниченная и неустойчивая часть психической жизни.

ТАБЛИЦА 2.1

Сущность и механизмы изменений в процессе поддерживающей экспрессивной психоаналитически ориентированной психотерапии

Что изменяется	Механизмы изменений	
	Пациент	Терапевт и терапевтические состояния
1. Расширение осознания пациентом собственных симптомов, а также их взаимосвязи с ранее неосознаваемыми проблемами центральной темы конфликтных отношений (ССРТ). Осознание ведет к изменениям в симптомах и овладению разрушительными эмоциями, связанными с ССРТ, а также к некоторым изменениям в структурных элементах ССРТ.	Через способность пациента осознать проблемы центральной темы конфликтных отношений, настойчиво работать над ними в отношениях с терапевтом, и, таким образом, вывести на сознательный уровень роль значимых прошлых отношений.	Через способность терапевта поощрить пациента к выражению своих чувств, достичь осознания проблем ССРТ и усиленно проработать их в отношениях с терапевтом. Понимание терапевтом тех прошлых взаимоотношений пациента, которые оказывают влияние на актуальные отношения.
2. Усиление у пациента чувства единения с терапевтом в борьбе за преодоление постоянно возникающих саморазрушительных проблем, связанных с ССРТ.	Через способность пациента формировать помогающий альянс с терапевтом.	Через способность терапевта стимулировать переживание пациентом помогающего альянса путем установления поддерживающих отношений.
3. Усиление внутреннего контроля в соответствии с ССРТ с тем, чтобы обеспечить устойчивость положительных результатов лечения.	Через способность пациента интернализировать положительные результаты лечения, которая достигается с помощью проработки проблемы окончания лечения.	Через способность терапевта помочь пациенту интернализировать положительные результаты терапии.

ВОПРОС 1: ЧТО ИЗМЕНЯЕТСЯ?

Ниже приведены три положения, которые дают объяснение изменений в процессе терапии:

3. Согласно психоаналитической теории поведение детерминируется комплексом взаимодействующих между собой психологических, физических, биологических и культурных факторов. Это взаимодействие факторов имеет репрезентацию внутри личности — то есть той структуры, которая подвергается изменениям и одновременно является посредником между стимулами внешней среды и поведенческими реакциями индивида. Общие и специфические улучшения на уровне симптоматики являются наиболее очевидными изменениями, причем вероятность улучшения именно по тем симптомам, которые связаны с целями лечения, наиболее велика.

4. На уровне личности более всего нуждаются в изменениях внутриличностные конфликты.

5. Возникающие во время терапевтических сессий проблемы взаимоотношений являются наиболее доступным и терапевтически полезным выражением вышеуказанных конфликтов; они вызывают страдания пациента и, следовательно, подлежат изменениям. Проблемы, выраженные в паттернах центральной темы конфликтных отношений, воспроизводятся в переносе; темы прошлых отношений проявляются в актуальном взаимодействии в различных вариациях. Фрейд (Freud, [1912a], 1958) называл перенос «стереотипом», суть которого состоит в том, что определенные компоненты отношений постоянно воспроизводятся примерно в одних и тех же вариантах, несмотря на их разрушительность для личности. Задачи терапии состоят в изменении некоторых компонентов этих отношений.

ПРИМЕР. МИСС С.К.

До начала лечения терапевтическая цель для мисс С.К. была выражена в ее основной жалобе: «Я не могу построить отношений с молодым человеком». На ранних сессиях основной паттерн отношений, сформулированный в центральной конфликтной теме отношений (CCRT), звучал

следующим образом: «Мне хочется раскрыться в отношениях, но я боюсь, что буду отвергнута». В начале лечения основным компонентом, который она хотела бы изменить, было ожидание негативных последствий в случае осуществления ее намерения. В случае изменений она смогла бы «раскрыться» без переживания отвержения и, следовательно, была бы способна поддерживать «отношения с молодым человеком».

Следующая посылка представляет другой аспект ограничений осознания:

6. Состояние ограниченного осознания чего-либо не является просто пассивным состоянием, оно представляет собой активно воспроизводимое сопротивление сознанию. Следовательно, простое предоставление пациенту информации может быть неэффективным, потому что из-за болезненных переживаний, возникающих при осознании некоторых компонентов ССРТ или связанных с ней тем, у пациента начинают работать защитные механизмы.

Хотя мисс С.К. в большинстве случаев осознавала основные компоненты ССРТ, она не понимала, что это — центральная тема ее отношений с другими людьми. Только иногда, да и то частично, она признавала схожесть ее проблемы открытости во взаимоотношениях с подобными проблемами ее матери. Она не улавливала тему ожидания обиды на отца, возникающую в ответ на ее желание вступить в отношения с мужчинами. Она была не в состоянии воспринять информацию об этом до тех пор, пока не проработала данную тему в процессе терапии.

Психоаналитическая теория часто использует понятие интрапсихического конфликта. Что это такое? Как показано в примере с мисс С.К. (а также с другими пациентами, случаи которых описаны в следующих главах), структура конфликтных паттернов отношений делится на множество компонентов, что отражено в следующей посылке.

7. Темы ССРТ содержат два класса компонентов, которые обычно находятся в конфликте между собой.

Класс А: Желания, потребности и намерения. Теоретики психоанализа называют их дериватами импульсов Ид. (В случае мисс С.К. это желание «Я хочу вступить во взаимоотношения».)

Класс Б: Функции контроля или исполнения, которые делают возможным удовлетворение желаний, потребностей и намерений, исходя из информации о внутреннем состоянии и состоянии внешней среды. Теоретики психоанализа называют функции класса Б характеристиками Эго и его последователя Суперэго. Деятельность класса Б предопределяет реакции личности на ее желания, потребности и намерения. Эти реакции классифицируются в данной схеме как реакции объекта (РО) и реакции Я (РЯ). (Для мисс С.К. в качестве РО выступает «Меня отвергнут», а в качестве РЯ — «Я буду одинока»).

Таким образом, эти два понятия, включающие два класса конфликтующих между собой компонентов, подходят для описания происходящих в процессе психоаналитически ориентированной терапии изменений. Проведенные исследования дают основания сделать следующие выводы: (1) ССРТ продолжает существовать во время и после окончания лечения даже у тех пациентов, которые демонстрируют основные и специфические улучшения (Luborsky, 1977; Pfeffer, 1959). (2) В процессе терапии имеют место некоторые изменения ССРТ, однако эти изменения происходят в поведенческих реакциях пациента, в то время как компоненты желаний, потребностей и намерений изменяются сравнительно мало (Levine and Luborsky, 1981). Изменения, которые имеют место у демонстрирующих улучшения пациентов, включают: расширение понимания некоторых центральных паттернов конфликтных отношений; растущий контроль некоторых компонентов; выпадение или, наоборот, добавление некоторых компонентов. Данные изменения в понимании могут быть обозначены психоаналитическими теоретиками как «извлечение вытесненного» или еще одной метафорой, выражающей изменения одновременно и в осознании и в контроле: «Где был Ид, там будет Эго» (Freud, [1932], 1964).

Какова природа психотерапевтических изменений? Дело в том, что ССРТ и связанные с ней проблемы

взаимоотношений остаются в сфере внимания к моменту окончания лечения и после него даже у пациентов, демонстрирующих улучшение. Один из ответов на вопрос о контроле может быть выражен в пространственных терминах: личность может иметь различные позиции в темах взаимоотношений, вызывающих страдание. Карикатурист журнала «Нью-Йоркер» («New Yorker») так изобразил это изменение в позиции по мере роста контроля в процессе психотерапии. На первой карикатуре нарисован мужчина, который едет на велосипеде на психотерапевтическую сессию и с трудом крутит педали под тяжестью сидящей на его спине обезьяны. На следующем рисунке он едет с психотерапевтической сессии, обезьяна едет рядом, но уже на своем собственном велосипеде. Обезьяна все еще сопровождает его, но ее присутствие уже не так обременительно.

8. Изменения в процессе психотерапии происходят вследствие проработки вызывающих страдание проблем взаимоотношений, которые появляются при движении от ожидаемых негативных последствий к ожидаемым позитивным последствиям. Как только достигаются эти изменения, они открывают путь к более полноценному функционированию личности. Изменения могут рассматриваться как появление у личности возможности выйти на более высокий уровень организации и развития в целом (Greenspan, 1981a and b; Greenspan and Polk, 1980).

ВОПРОС 2: КАК ПРОИСХОДЯТ ИЗМЕНЕНИЯ?

Логическим, хотя и не всегда очевидным образом психотерапевтические техники берут начало из теории психотерапевтических изменений. Ниже будут рассмотрены три центральных фактора, которые лежат в основе улучшений. Факторы приводятся в порядке их значимости в соответствии с наиболее важными положениями теории. Несмотря на то, что теория имеет множество интерпретаций, все частные моменты можно сгруппировать вокруг трех основных положений.

ФАКТОРЫ, ВЕДУЩИЕ К УЛУЧШЕНИЮ СОСТОЯНИЯ

Первый фактор — самопонимание — достигается посредством использования экспрессивных техник. По данным клинических психоаналитических источников, из трех рассматриваемых факторов фактор самопонимания является основным. Второй фактор — помогающий альянс — достигается через поддерживающие техники в сочетании с готовностью пациента поддерживать альянс. Возможность достижения третьего фактора — усвоения результатов психотерапии с целью сохранения их после окончания лечения — зависит от проработки значения результатов терапии. В связи с тем, что и пациент, и терапевт вносят свой вклад в каждый из трех факторов, всякий раз можно выделить компонент пациента и компонент терапевта.

1. Достижение осознания

Компонент пациента: Включенность пациента в процесс достижения осознания

В теории психотерапевтических изменений считается, что главным условием улучшения состояния пациента является расширение осознания. Фокус осознания сосредоточен на актуальных симптомах и связанных с ними проблемах взаимоотношений. Переживание совместно с терапевтом конфликтной проблемы отношений в ситуации «здесь и теперь» дает пациенту сильный импульс к инсайту и дает свободу изменениям. Роль прошлых отношений начинает осознаваться тогда, когда пациент проводит параллели между прошлыми и актуальными отношениями. Постоянное соотнесение прошлого с настоящим позволяет терапевту подвести пациента к переживанию эмоционального инсайта, а не только интеллектуального.

По мере проработки все новых вариантов проблем отношений с терапевтом и значимыми другими инсайт становится все более существенным для пациента. Как писал Фрейд (Freud, [1914], 1958), основная цель пациента — вспомнить и повторить конфликтные проблемы отношений во взаимодействии с терапевтом. Повторение может

выглядеть как работа по нахождению пути к преодолению проблем (Mauman, 1978). Повторение также вызывает актуализацию бессознательных устремлений пациента оживить межличностные проблемы и преодолеть их при помощи сравнения отношений с психотерапевтом и ранних отношений в детстве (Weiss and Sampson 1984).

Проработка проблем отношений через воспоминания и повторное их проживание дает значительные улучшения. Такие результаты достигаются при помощи изменений на двух уровнях. Во-первых, пациент становится способным размышлять о проблемах взаимоотношений более терпеливо и спокойно; классическая теория объясняет эти изменения как освобождение вытесненного. Во-вторых, на уровне поступков пациент старается найти более адаптивные способы поведения несмотря на то, что элементы ранних паттернов отношений продолжают оказывать влияние, то есть несмотря на сохранение переноса.

Компонент терапевта: Способность терапевта обеспечить включенность пациента в процесс достижения осознания

Настоящее руководство является пошаговым, то есть руководством «что надо делать, чтобы помочь пациенту». Работа терапевта состоит в том, чтобы актуализировать способность пациента работать над осознанием. Осознание касается различных сторон актуальных проблем взаимодействия и тех аспектов прошлых отношений, которые являются причиной настоящих проблем. Психоаналитически ориентированный терапевт осмысливает текущие проблемы отношений пациента с точки зрения их включенности в перенос. Следовательно, экспрессивной задачей психотерапевта является вовлечение пациента в проработку различных вариантов проблем отношений в ситуации переноса. Понятие сопротивления имплицитно включено в теоретическое обоснование психоаналитических техник. Сопротивление пациента представляет собой межличностное поведение, с помощью которого пациент противодействует влиянию терапевта. Сопротивление, таким образом, проявляет себя через перенос. Следовательно, как справедливо замечает Гилл

(Gill, 1982), интерпретация переноса одновременно является и интерпретацией сопротивления.

Экспрессивная задача терапевта, в которой участвует и пациент, состоит из четырех основных фаз:

Фаза 1. Слушание. Выслушать с высокой степенью открытости то, что говорит пациент.

Фаза 2. Понимание. В течение процесса выслушивания сосредоточиться на понимании основных симптомов пациента и испытываемого им страдания, а также определить значение связанных с симптомом проблем отношений.

Фаза 3. Ответные реакции терапевта. Передать данное понимание пациенту своевременно в тактичной и доступной для усвоения форме, которая будет способствовать проработке в процессе терапии.

Фаза 1 А. Дальнейшее слушание: принятие во внимание реакций на то, что сказал терапевт. Последняя фаза влечет за собой систему интерактивной обратной связи между пациентом и терапевтом. После того как терапевт придет к удовлетворительному пониманию центральных конфликтных проблем отношений и доведет их до пациента, реакция пациента будет служить материалом к дальнейшим интерпретациям, которые отражаются в последующих реакциях терапевта и т. д. В этом отношении пациент и терапевт образуют своего рода тандем.

2. Достижение помогающих отношений

Компонент пациента: Способность пациента переживать отношения с терапевтом как помогающие в решении проблем

Понятие помогающего альянса имеет длинную историю, восходящую к взглядам Фрейда на трансферные отношения (Freud, [1912a], 1958). Фрейд различал два вида привязанности: одна облегчает сотрудничество, другая препятствует ему. Та часть, которая облегчает сотрудничество, представляет собой «сознательные», не вызывающие неприятного ощущения позитивные чувства пациента к терапевту. Эта часть формирует основу помогающего

альянса и соответствует первому из двух типов альянса, описанных Люборски (Luborsky, 1976): тип 1, в котором пациент переживает терапевта как предоставляющего или имеющего возможность предоставить требуемую помощь; и тип 2, в котором пациент переживает лечение как процесс совместной работы с терапевтом, направленный на достижение целей лечения. Именно тип 2 описывается в клинических источниках, когда речь идет о «помогающем альянсе» (Greenson, 1967).

Компонент терапевта: Способность терапевта облегчить переживание пациентом процесса лечения и отношений с терапевтом как помогающих в решении проблем

Терапевт вносит в процесс лечения три основных компонента помогающего альянса: (1) Лечение с помощью ПЭ терапии, так же как с помощью других форм психотерапии, содержит приемы, которые сами по себе являются поддерживающими. К ним относится регулярность встреч и имплицитное или явное намерение терапевта помочь пациенту в достижении психотерапевтических целей, выраженных в терапевтическом соглашении. (2) Установка терапевта на симпатию и понимание пациента имеет позитивное значение в поощрении пациента к дальнейшему развитию помогающего альянса (Freud, [1913], 1958). (3) Терапевт может соответствовать понятию пациента о помогающем терапевте как о человеке, которому можно доверять, на которого можно положиться и которого можно любить (как, например, показано уже на первой сессии с мисс Е.С., которая увидела в терапевте человека, похожего на любимого ею мужчину, с которым она старалась не контактировать в связи с тем, что он был женат).

Тем не менее время от времени терапевт может усилить помогающий альянс с отдельными пациентами (глава 6) с помощью техник, приведенных в данном руководстве. Согласно Валлерштейну и Роббинсу (Wallerstein and Robbins, 1958), а также Шлезингеру (Schlesinger, 1969), данные техники необходимы как для хорошо функционирующих людей, которые оказались захвачены врасплох стрессогенными обстоятельствами, так и для более нарушенных личностей с высокой тревожностью и низким

контролем за поведением, которым требуется усиление защитных механизмов (Gill, 1951).

3. Усвоение положительных результатов

Компонент пациента: способность пациента интернализировать и сохранять положительные результаты терапии после ее завершения

Проблема потери положительных результатов терапии после ее завершения актуальна для любого вида психотерапии (Atthowe, 1973). Психоаналитически ориентированные формы терапии имеют свои концепции объяснения потери и сохранения положительных результатов. Одно из объяснений реализуется через понятие интернализации, которая представляет собой процесс, используемый пациентом для сохранения достижений в терапии. Основой интернализации является включение во внутренний мир пациента образа психотерапевта как человека, способного оказать помощь, а также обучение пациента применяемым терапевтом техникам.

Интернализация является настолько естественным фактором развития большинства людей, что мы считаем ее само собой разумеющейся (Ekstein, 1969). Однако мы сразу замечаем, когда интернализация отсутствует. Это утверждение можно проиллюстрировать следующим примером: два мальчика, которые подошли к краю бассейна с намерением прыгнуть в него, ведут себя совершенно по-разному. Один прыгает сразу без колебаний, а другой боится. Второй спрашивает первого, как это ему удалось. Первый рассказывает: «Мои родители говорили мне, что все будет отлично. Кроме того, я видел, как прыгают другие. Я могу уверить себя, что все будет хорошо. Вода поднимет меня на поверхность». Второй объясняет: «Мне это тоже говорили, но я не могу этого осознать. Поэтому я не могу прыгнуть в бассейн». Пациент должен быть в состоянии сказать себе хотя бы на заключительной фазе терапии, что усвоенное в терапии останется с ним. Даже когда терапевтические сессии «лицом к лицу» закончатся, достигнутые результаты и впечатления от помогающих отношений останутся живыми.

Сохранение положительных результатов является следствием процесса проработки значения окончания терапии для пациента. Тем не менее бывают и такие случаи, как например в Пенсильванском психотерапевтическом проекте («Penn Psychotherapy Project») (Luborsky, Mintz, Auerbach, Christoph, Bachrach, Todd, Johnson, Cohen, O'Brien, 1980), в котором проходил терапию пациент с чрезвычайно низкой способностью к интернализации (мистер Б.Н. в приложении 4). Он прошел три этапа психотерапии, последний из которых был частью исследования. В каждом из них он достигал впечатляющих результатов, но затем, приблизительно в течение года, результаты постепенно утрачивались. Ему было трудно достичь интернализованной репрезентации образа терапевта, кроме того, он обладал свойствами, которые носят сегодня популярное название «пограничных» характеристик (Kernberg, 1975). Подобно мальчику, который был не в состоянии прыгнуть в воду, он был не в состоянии представить себе, что сможет оставаться на поверхности, если не будет видеть терапевта.

Компонент терапевта: Способность терапевта проработать с пациентом окончание лечения таким образом, чтобы помочь пациенту сохранить достигнутые результаты

Так же как в других видах терапии (см., например, Janis, 1982), в психоаналитически ориентированной психотерапии задача проработки для пациента окончания лечения является очень важной (Freud, [1937], 1964). В главе 9 приводятся различные способы осуществления этой цели, основным из которых является интерпретация восстановления симптомов, как способ проработки окончания терапии. Пациент также может достичь хороших результатов, если ему помочь отразить различные чувства, возникающие по отношению к надвигающейся сепарации от терапевта. Два наиболее часто встречающихся чувства, которые должны быть отделены друг от друга, — это естественная печаль, возникающая при мысли об окончании встреч с человеком, который оказывает помощь и к которому пациент привязан, и беспокойство по поводу потери

терапевта, который необходим, потому что сохранение положительных результатов лечения невозможно без продолжения контакта. Пациент может выражать свою тревогу напрямую и/или при помощи возобновления симптомов, которые были преодолены до того момента, когда начал ощущаться страх окончания лечения. Каким бы ни был способ выражения беспокойства, терапевт может указать на него при помощи высказывания типа: «Вы думаете, что результаты, которых вы достигли, — это не ваша заслуга, а следствие моего присутствия рядом с вами. Вы опасаетесь, что потеряете положительные результаты, когда мы прекратим наши регулярные сессии, и ваши первоначальные симптомы восстановятся, подобно тому как они начинают проявляться в предвосхищении окончания курса». Такое высказывание терапевта может облегчить беспокойство и предотвратить возвращение симптомов, так что результаты будут более очевидны.

**СООТНОШЕНИЕ СИЛЫ
ПЕРВОГО И ВТОРОГО ФАКТОРОВ
УСПЕШНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ:
ДОСТИЖЕНИЕ ОСОЗНАВАНИЯ В СРАВНЕНИИ
С СОЗДАНИЕМ ПОМОГАЮЩИХ ОТНОШЕНИЙ**

Достижение осознания может произойти только при наличии контакта, который невозможен без создания поддерживающих отношений. Воспоминания о прошлом не являются основным фактором достижения осознания, хотя при соответствующих состояниях они могут помочь пациенту овладеть конфликтами. В то же время успешное понимание может также помочь в достижении поддерживающих отношений с помощью проработки значимых для совместной работы терапевта и пациента проблем.

Хотя оба фактора успешности лечения работают вместе, если их изолировать друг от друга ради сравнения, сила фактора отношений будет явно выше. Если посмотреть на этот факт с исторической точки зрения, то это вовсе не удивительно. Уже несколько сотен лет прошло с тех

пор, как люди поняли, что отношения с другим человеком, если тот желает помочь, могут быть исцеляющими, а потеря таких отношений, как известно, может служить фактором риска развития психических и соматических заболеваний (Schmale, 1958).

СООТНОШЕНИЕ СИЛЫ ФАКТОРОВ УСПЕШНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И ДРУГИХ ФАКТОРОВ

Даже достаточно беглый взгляд обнаруживает связь между факторами лечения и другими классами факторов. Действительно, даже с хорошо обученным и безупречно следующим рекомендациям по ПЭ терапевтом не всегда можно получить хорошие результаты, так как факторы лечения — это всего лишь один из классов факторов изменения. В целом по своей важности они могут быть менее решающими по воздействию на результаты психотерапии по сравнению с факторами пациента (Luborsky, Mintz, Auerbach, Crits-Christoph, Vachrach, Cohen, 1988). Один из факторов пациента обладает наибольшей важностью: это психическое здоровье пациента, или его психологический статус. Данный фактор находит отражение в диагностических категориях, так как содержит различные психологические симптомы, независимо от типа расстройства. Это важный момент, который может помешать пациенту достичь хороших результатов в психотерапии.

В данной главе основное внимание уделяется трем факторам: процессу лечения, терапевту и пациенту. Четвертый очевидный фактор, который не рассматривается здесь, — это жизненная ситуация пациента. Несмотря на то, что ситуационные факторы жизни пациента мало обсуждаются в этой книге, безусловно, в некоторых случаях они могут определять результаты лечения. Четыре фактора не существуют изолированно друг от друга. Изменения базируются на взаимодействии и балансе факторов с личностью пациента как промежуточной переменной между жизненной ситуацией и происходящими внутри пациента изменениями.

ГЛАВА 3. РУКОВОДСТВА ПО ПСИХОТЕРАПИИ: ПЕРЕВОРОТ В ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Мы предполагаем, что читателям будет легче осваивать руководство, если они будут иметь представление о том, как шло развитие учебной литературы по психотерапии с конца 70-х годов XX в. по настоящее время.

КРАТКАЯ ИСТОРИЯ РУКОВОДСТВ ПО ПСИХОТЕРАПИИ

На протяжении интересующего нас периода исследователи постепенно пришли к выводу, что успешно разработанное руководство по психотерапии должно содержать три основных компонента: основные определения принципов психотерапии, конкретное руководство по психотерапевтическим техникам, а также шкалы для определения возможности использования этих техник. Такие руководства были особенно необходимы для исследований, в которых производилось сравнение эффективности различных форм психотерапии.

К числу сторонников расширения исследований психотерапии относились плательщики медицинских страховых взносов, некоторые комитеты Конгресса во времена управления администрации Картера, бывший директор Администрации по вопросам психического здоровья, алкогольной и наркотической зависимости Джеральд Клерман, а также многие ученые-психологи и психотерапевты. В течение последних 15 лет в обществе сформировалось стремление предпринять в отношении различных

видов психотерапии то же самое, что было проделано с фармакотерапией, а именно определить, какой вклад в лечение вносит каждое направление и исследовать его эффективность. После сорока лет не масштабных, но постоянных исследований, в которых производилось сравнение различных форм психотерапии (см. Luborsky, Singer, and Luborsky, 1975; Smith, Glass, and Miller, 1980, и др.), исследовательская база ее изучения существенно расширилась. Как было показано в отчете издания Американской психологической ассоциации «Монитор» (*Monitor*, June 1980), «работники отдела финансов Комитета здоровья совместно с представителями администрации и профессиональными организациями, включающими Американскую психологическую ассоциацию и Американскую психиатрическую ассоциацию, провели работу по борьбе за приведение в соответствие со стандартами предоставляемых медицинскими учреждениями услуг, а также продвинулись в области организации контрольных клинических исследований психотерапии» (р. 1). Несмотря на слухи о дальнейших сокращениях фондов к середине 80-х годов XX в., направление исследований сохранилось, однако работа ведется уже без прежнего энтузиазма.

Самые первые руководства по психотерапии были созданы по классическому бихевиоризму (например, Wolpe, 1969). Более позднее появление руководств по психодинамической терапии может объясняться тем, что создать учебник по предписываемому виду лечения легче, чем по непредписываемому. Бихевиоральная терапия, как и другие директивные направления, к числу которых относится консультирование при наркозависимости (*drug counseling*), являются более доступными для написания руководств, так как большую часть действий терапевта можно предсказать заранее. В менее предписывающих видах лечения, таких, как психоаналитически ориентированная психотерапия, после выслушивания и осмысления проблем пациента деятельность терапевта, как правило, разворачивается в зависимости от особенностей личности пациента и ситуативных факторов.

Издание руководств по психотерапии возросло в геометрической прогрессии, что вызвало бум на рынке

учебной литературы. В связи с тем, что направление исследований, которое требовало создания руководств, сформировалось совсем недавно, некоторые руководства до сих пор не изданы в коммерческих издательствах, а просто размножаются вручную для работы на тренингах и в исследовательских программах. Время их создания показывает, что они были написаны совсем недавно. В число изданных руководств по психотерапии входят следующие: (1) по психоаналитически ориентированной психотерапии: Люборски (Luborsky, 1976); (2) по интерперсональной терапии: Клерман и Ной (Klerman and Neu, 1976); (3) по когнитивно-бихевиоральной психотерапии: Бек и Эмери (Beck and Emery, 1977); Бек, Раш, Шоу и Эмери (Beck, Rush, Shaw, and Emery, 1978); (4) по неструктурированной терапии с минимальным контролем (nonscheduled minimal treatment controls): Люборски и Ауэрбах (Luborsky and Auerbach, 1979), адаптировано по DiMascio, Klerman, Weismann, Prusoff, Neu, and Moor, 1978); (5) по краткосрочной динамической терапии: Страшп и Биндер (Strupp and Binder, 1982); и (6) по шести формам лечения пациентов с наркозависимостью (Woody, Luborsky, and McLellan, 1983).

В связи со стремительным ростом популярности руководств по психотерапии, Американская психиатрическая ассоциация создала комиссию по видам психиатрического лечения (APA Commission, 1982), в задачи которой входит создание базы для развития учебных пособий по психиатрической помощи. Этот инициативный проект стал попыткой выделить отличительные особенности различных видов психиатрического лечения и исследовать их терапевтическую эффективность для разных типов больных.

Отдельные руководства из упомянутых выше использовались в уже завершенных или продолжающихся исследованиях (Weissman, 1979; Neu, Prusoff and Klerman, 1978). Без сомнения, основательным и хорошо известным исследованием, в котором используются руководства по психотерапии, является Совместное исследование депрессии (Waskow, Hadley, Parloff and Autry, 1979), где сравниваются интерперсональная терапия, когнитивно-бихевиоральная терапия и психофармакотерапия. Несмотря на то, что работа по проекту еще продолжается, он уже произвел пере-

ворот в исследовательской практике и продолжает формировать базу для сравнительных исследований разных типов психологического лечения. Это поможет оптимизировать процессы разработки новых руководств по психотерапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ ФОРМ ТЕРАПИИ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМОЙ БЕЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РУКОВОДСТВ

В процессе работы с руководствами клиницисты должны определить различия между школами психотерапии. Однако способность клиницистов охарактеризовать те виды терапии, которые поддаются описанию в форме руководства, практически не изучена, в то время как направления, не описанные в форме руководства, исследовались на протяжении двух-трех десятилетий. Недавние исследования показывают, что можно обозначить принципиальные различия между типами лечения, а также что эти различия в основном сопряжены с теорией психотерапии или с выводимыми из теории положениями. Приведем несколько примеров: Страпп (Strupp, 1958) показал, что терапевты в клиент-центрированной психотерапии (Rogers, 1957) опираются прежде всего на анализ чувств, возникающих у пациента, в то время как терапевты, использующие краткосрочную аналитическую терапию (Wolberg, 1967) в большей степени полагаются на логические умозаключения. Ауэрбах (Auerbach, 1963) сравнил терапию переживаний Витакера и Мэлона (Witaker and Malone, 1981) с краткосрочным подходом Волберга (Wolberg, 1967) и обнаружил, что в подходе Волберга используется меньше интерпретаций, директивных указаний и логических умозаключений. Брунинк и Шредер (Brunink and Schroeder, 1979) сделали вывод о наличии сходства в использовании эмпатии у гештальтистов и бихевиоральных терапевтов, но обнаружили различия в применении директивных и помогающих техник, в особенностях самораскрытия терапевта, в инициативности терапевта, а также в создании поддерживающего климата.

Сравнение психоаналитически ориентированной и бихевиоральной терапии (Sloane, Staples, Christol, Yorkson, and Whipple, 1975) показало большую активность бихевиоральных терапевтов, а также их более доминирующую позицию в разговоре с пациентом. Бихевиоральные терапевты говорят на сессии гораздо больше времени, чем аналитики, а также предоставляют пациенту гораздо больше информации. Неожиданным оказалось отсутствие различий между терапевтами двух направлений в использовании интерпретации и прояснения проблем пациента. По всей видимости категории исследования оказались слишком широки для идентификации различий. Однако в целом, в исследовании Слоана и коллег (Sloane et al., 1975), а также в других исследованиях, использующих анализ паттернов речи и другие виды контент-анализа, было обнаружено, что содержание терапевтических сессий в целом вытекает из базовых принципов применяемой формы терапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ ВИДОВ ПСИХОТЕРАПИИ, КОТОРЫЕ ПОДДАЮТСЯ ОПИСАНИЮ В ФОРМЕ РУКОВОДСТВА

Одно из самых ранних исследований терапевтических техник, осуществляемых с помощью руководства, было предпринято в интерперсональной психотерапии депрессии (Neu, Prusoff, and Klerman, 1978). Целью этого исследования было нахождение и описание техник, которые использовались терапевтами, обученными по руководству по интерперсональной психотерапии (ИПТ) Клермана и Ной (Klerman and Neu, 1976). Психотерапевтические сессии содержали следующие структурные компоненты: безоценочное выслушивание — 45% всего времени, выводы — 21%, прояснение — 14%, директивные советы — всего 7%. Данное распределение времени соответствовало ИПТ. Как мы увидим ниже, первые три компонента этого направления терапии имеют сходство с ПЭ психотерапией, в то время как компонент, касающийся дирек-

тивных советов, в большей степени подходит когнитивно-бихевиоральной (КБ) терапии.

В большом исследовании пациентов с зависимостями (Woody, McLellan, Luborsky, and O'Brien, 1981) проводилась оценка способности клинических экспертов распознать примеры каждого из трех видов терапии, которые имеют руководства (Luborsky, Woody, McLellan, O'Brien and Rosenzweig, 1982). В качестве форм терапии были выбраны следующие: консультирование при наркозависимости (drug counseling) (КН) (Woody, Stockdale, and Hargrove, 1977); поддерживающая экспрессивная психотерапия (ПЭ) (Luborsky, 1976b); когнитивно-бихевиоральная психотерапия (КБ) (Beck and Emery, 1977). В рейтинговые формы, заполняемые клиническими экспертами, вошли шкалы для трех или четырех критериев по каждому направлению терапии и общая шкала для определения степени соответствия проводимого лечения описанию техник в руководстве (см. Приложение 3). Два независимых эксперта заполняли шкалы по этим критериям, используя 15-минутный фрагмент из каждого направления психотерапии. Другой независимый эксперт подсчитывал в примере частоту встречаемости определенных содержательных речевых категорий (Темпл-содержательные категории (the Temple content categories) у Слоана и др. (Sloane et al., 1975).

Результаты данного исследования опубликованы в работе Люборски и др. (Luborsky et al., 1982):

1. С помощью прослушивания фрагментов терапевтических сессий эксперты выделили различия между тремя формами лечения. На первом этапе исследования они правильно определили, к какому направлению терапии относится сессия, в 73% случаев, а на втором этапе — в 80% случаев (уровень вероятности узнавания составил 33%).

2. Два независимых эксперта дали сходные оценки каждому типу терапии в 67% случаев.

3. Все представленные экспертам формы терапии легче всего распознавались по общему критерию, например, для ПЭ этим критерием была «степень соответствия проводимого лечения описанию ПЭ психотерапии». Общий рейтинг для двух независимых экспертов для ПЭ по 5-балльной шкале составил 2,8 (что значимо отличается

от рейтингов для КН и КБ на уровне значимости 0,01). Узнавание отдельных рекомендуемых в руководстве техник происходило более легко по сравнению с остальными. ПЭ психотерапия была оценена экспертами как более фокусированная на «понимании отношений с пациентом с помощью переноса». Кроме того, ПЭ терапия в большей степени обладает «сосредоточением на помощи пациенту в самовыражении как компоненте, способствующем осознанию». КБ терапия продемонстрировала «директивность» в качестве наиболее значимого компонента, за которой следует «нахождение когнитивных нарушений» и «проверка когнитивных убеждений». Для КН терапии наиболее значимым оказался «мониторинг текущих проблем», а также «выдача конкретных рекомендаций».

4. Определенные особенности процесса терапии, рекомендуемые в руководствах, дали в сущности одинаковые значения рейтингов для всех трех форм терапии; их различия между собой оказались незначительными. Наилучший пример — это «предоставление поддержки»: во всех трех формах терапии получены средние показатели, которые незначительно отличаются друг от друга. Следовательно, независимо от формы лечения, создание поддерживающих отношений является характерным для психотерапии в целом. Однако несмотря на то, что этот параметр является основным в руководстве по ПЭ терапии, в руководствах по КБ и КН он, напротив, занимает сравнительно небольшое место. Следовательно, вполне обоснованно сделать вывод, что рекомендации, представленные в руководстве как способствующие улучшению состояния, фактически могут не отражать лечебных факторов в терапии.

Облегчить понимание различных паттернов процесса лечения можно при помощи исследования профиля типов высказываний триапевта и сравнения профилей в различных формах терапии. Некоторые из них приведены в таблице 3.1 для данных, полученных в Пенсильванском исследовании (Penn-VA study) (Woody et al., 1981), в Йельском исследовании (Yale study) (Rounsaville, Glazer, Wilber, Weissman, and Kleber, 1983) и в Темплском исследовании (Temple study) (Sloane et al., 1975). (Данные Пенсильванского

ТАБЛИЦА 3.1

Контент-анализ психотерапии: процентное соотношение типов высказываний терапевта в каждой форме терапии⁵

	Пенсильванское исследование ⁴		Йельское исследование		Темплское исследование	
	КН	ПЭ	КБ	ИПТ ¹	«ПЭ» ²	Б ³
<i>Количество типов</i>	35	27	21	9	30	30
<i>Содержание категорий</i>						
Средний процент времени высказываний	29,1	14,4	35,5	26,5	-	-
Запрос на предоставление информации	27,1	17,2	39,5	18,4	32,0	32,0
Предоставление информации	17,4	<u>2,6</u>	3,5	1,6	3,0	7,0
Проясняющие и интерпретирующие высказывания	8,2	<u>13,0</u>	21,3	20,9	26,0	32,0
Недирективные высказывания	35,6	62,3	24,9	47,1	44,0	26,0
Директивные высказывания	<u>4,2</u>	<u>1,7</u>	<u>5,8</u>	5,9	2,0	8,0
Одобрительные высказывания	<u>3,4</u>	<u>2,4</u>	<u>3,6</u>	1,7	1,0	2,0
Неодобрительные высказывания	<u>4,1</u>	<u>0,7</u>	<u>1,4</u>	4,3	0,5	1,0

¹ В Йельском исследовании ИПТ – интерперсональная терапия (данные были любезно предоставлены Б. Раунсвилл (B. Rounsaville)).

² В Темплском исследовании ПЭ – психоаналитически ориентированная психотерапия (Sloane et al., 1975).

³ В Темплском исследовании Б – бихевиоральная терапия

⁴ В Пенсильванском исследовании КН – консультирование при наркозависимости, ПЭ – поддерживающая экспрессивная психотерапия, описанная в данном руководстве, КБ – когнитивно-бихевиоральная психотерапия.

⁵ Данное процентное соотношение составляет 100%, если исключить показатель «время высказываний». Процентное соотношение в Темплском исследовании не является точным, так как оно было оценено с помощью графика (Sloane et al., 1975, Figure 25, p. 159); сами данные были уничтожены.

и Йельского исследований просчитывались одним и тем же экспертом).

Результаты показали, что среди сравниваемых профилей большинство наиболее характерных относились к КН. ИПТ в основном растворилась между ПЭ и КБ профилями. ПЭ психотерапия продемонстрировала общие характеристики в Темплском и Пенсильванском исследованиях.

5. Отдельные объективно просчитанные содержательные категории из Темплского метода содержательных категорий (Temple Content Category Method) (Sloane et al., 1975) показали, что существуют значимые различия между формами терапии. Некоторые яркие примеры (из второго этапа исследования) приведены ниже:

«Время высказываний терапевтов» составило 14% для ПЭ, 36% для КБ и 21% для КН. Комментарии ПЭ терапевтов были в большей степени «недирективными»: ПЭ — 62%, КБ — 25%, КЗ — 36%. (Дополнение к этим данным было обнаружено в поведении пациентов; например, ПЭ пациенты говорили 79% времени, в то время как КБ пациенты — 53%, а КН пациенты — 57%.) Когда три содержательных категории, касающиеся терапевтов, были объединены, появились значимые различия между направлениями терапии. К данным трем категориям были отнесены: «процент недирективных высказываний», «процент проясняющих высказываний и интерпретаций» и «процент вопросов». Дискриминантная функция дала четкое распределение: 100% КБ профилей, 95% ПЭ профилей и 91% КН профилей. Удивительно, что всего три объективно измеренных составляющих поведения терапевта смогли настолько четко обозначить различия между тремя формами лечения. Заслуживает внимания также и то, что хотя содержание трех категорий явно не описано в руководстве, оно напрямую связано с основными идеями каждой из форм терапии. Например, ПЭ руководство не дает терапевтам прямых инструкций минимизировать время высказываний, но при этом подразумевается, что ПЭ терапевты должны говорить меньше, чем КБ и КЗ терапевты.

В другом исследовании оценивалась возможность распознавания примеров различных форм терапии и об-

наружены похожие результаты (DeRubies, Hollon, Evans and Vemis, 1982). Две формы терапии, КБ и ИПТ, использовались для лечения депрессии. Двенадцать экспертов провели оценку шести видеозаписей для каждого из двух видов лечения. Каждый эксперт слушал и/или просматривал четыре записи — по две записи из каждой формы терапии. Рейтинги каждого типа оценивались по Миннесотской шкале оценки записей (Minnesota Tape Rating Scale), которая представляет собой 48-балльную шкалу Лайкерта. Экспертам также было предложено при помощи этой же шкалы оценить «хорошие, типичные» КБ или ИПТ терапевтические сессии.

Результаты показали удачное распознавание двух форм психотерапии: 38 из 48 пунктов, непосредственно касающихся наблюдаемых экспертами отличительных особенностей, были распределены по четырем принципиальным факторам, которые охватывали 69% различий. Фактор 1 — это КБ техники, фактор 2 — фактор основных терапевтических навыков, фактор 3 — директивность терапевта, и фактор 4 — ИПТ техники.

С помощью тренинга по использованию руководства и последующей оценки навыков терапевтов по категориям, представленным в руководстве, можно исследовать содержательные особенности каждой формы терапии, а также особенности каждого терапевта. Придерживаясь этой линии, МакЛеллан (McLellan) отметил (неопубликованные данные), что терапевты различаются по интенсивности использования собственных техник и игнорированию других техник. Соотношение применяемых в работе собственных и всех имеющихся техник дает оценку «чистоты техники» для каждого терапевта. Результаты исследований показывают, что терапевты с наибольшей чистотой техники дают наилучшие результаты лечения. Данный вывод в дальнейшем был подтвержден тем, что даже при случайном распределении пациентов по терапевтам самые большие улучшения демонстрировали пациенты того терапевта, который использовал самые чистые техники.

Однако, чем больше степень соответствия проводимой терапии описаниям руководства, тем более оно эффективно. С другой стороны, когда пациенты демонстрируют

улучшения, терапевты могут наиболее эффективно применять свои техники.

Однако схема Пенсильванского исследования по выявлению отличительных особенностей описанных в руководствах форм терапии не позволяет дать определенное заключение относительно того, является ли распознавание различных видов терапии и их различение с помощью объективных категорий результатом использования руководств для обучения терапевтов. Чтобы ответить на этот вопрос, нужно проводить исследования, в которых будут участвовать и терапевты, обученные по руководствам, и терапевты, ведущие практику по не описанным в руководствах формам терапии. Этот аспект должен быть предметом будущих исследований.

НАПРАВЛЕНИЯ БУДУЩИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Руководства по исследованиям в области психотерапии могут служить трем основным целям:

1. *Более объективное сравнение направлений психотерапии.* Категории, описанные в руководстве, могут служить в качестве основы для оценки применяемых в каждой форме терапии техник. Эти оценки могут выявить особенности, отличающие различные виды терапии, или, напротив, компоненты, в которых формы терапии частично перекрывают друг друга. (как показано у Luborsky, et al., 1982; DeRubies et al., 1982).

2. *Более точное измерение степени соответствия работы терапевта рекомендациям руководства.* Рейтинговые шкалы, разработанные в руководстве, могут быть использованы для оценки того, в какой мере описанная в руководстве форма терапии воспроизводится на практике. Точно так же может быть измерена степень соответствия работы терапевта направлению терапии, описанному в руководстве. Подобные исследования осуществляются для того, чтобы определить, в какой степени следование терапевта описаниям руководства позволяет предсказать результаты психотерапии (Luborsky, McLellan, Woody, O'Brien and

Auerbach, в печати). Данный показатель отражает способность терапевта выполнять рекомендации руководства и, следовательно, профессиональные навыки терапевта в целом.

3. *Помощь в проведении тренинга по определенным формам психотерапии.* Так как руководства по психотерапии точно определяют основные техники, они могут быть полезны в тренингах и клинической практике, а также в проведении исследований. Более того, польза применения руководства для тренинга может быть изучена посредством оценки различных сеансов психотерапии. Это позволит выявить возрастание соответствия рекомендациям руководства по мере прохождения тренинга.

ГЛАВА 4. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РАБОТЕ С УЧЕБНЫМ РУКОВОДСТВОМ

Использование настоящего руководства основано на общепринятом принципе обучения через действие и включает следующие операции:

1) почитайте руководство, попробуйте провести терапию пациентов и заново перечитайте руководство;

2) проведите тренинг с супервизором, на протяжении супервизии ориентируйтесь на основные принципы руководства;

3) анализируя на супервизии взаимодействие пациента и терапевта, делайте заметки, используйте магнитофонные записи и ролевые игры;

4) поясните совместно с супервизором, какие особенности личности терапевта могут быть помехой процессу лечения;

5) для более прочного усвоения изученного терапевт должен сам выступить в роли супервизора.

ОБУЧЕНИЕ ПО РУКОВОДСТВУ

Клиницист, приступающий к обучению ПЭ терапии с практическими или исследовательскими целями, должен проделать следующее:

1) прочитать руководство;

2) провести с помощью руководства терапию нескольких пациентов;

3) заново перечитать руководство;

4) провести терапию еще нескольких пациентов, стараясь следовать руководству;

5) проверить согласованность проводимой терапии с принципами руководства при помощи своего коллеги или супервизора;

6) продолжать обучение до тех пор, пока не будет достигнут достаточный уровень мастерства.

Чередование чтения и практических действий создает условия для наиболее полного усвоения принципов руководства и способствует достижению его основных целей. Такой метод позволяет минимизировать отклонения от руководства: большие отклонения появляются, как правило, при наличии длинных интервалов между повторным изучением руководства.

ТЕКУЩАЯ СУПЕРВИЗИЯ

Изучение поддерживающей экспрессивной психотерапии лучше всего проводить с помощью практического курса. С этим выводом согласилось подавляющее большинство прошедших такое обучение терапевтов. Решение об эффективности практического обучения поддержали несколько сот психиатров, которые обучались в Фонде Меннингера с 1946 по 1954 годы (Holt and Luborsky, 1958). В предложенном опроснике им был задан вопрос, какая форма обучения наиболее подходит для данного вида терапии. Практически все ответили, что супервизия значительно превосходит по эффективности такие методы обучения, как лекции, обсуждение случаев и чтение руководств. По силе воздействия на практику терапии супервизия стоит в одном ряду с личным анализом.

Но тогда зачем вообще использовать руководство для обучения навыкам психотерапии? Основная причина состоит в том, что для многих легче сначала изучить обобщенное описание, а потом уже проходить супервизию. С этим утверждением согласны многие терапевты, обучающиеся по настоящему руководству.

Наилучшие результаты достигаются тогда, когда процесс обучения проводится одновременно с индивидуальной супервизией, предоставляемой экспертом по ПЭ

руководству. Само руководство при этом используется как дополнение к супервизии. Групповая супервизия может быть эффективной, когда сам представляет свой случай. Почему супервизия гораздо полезнее, чем простое чтение руководства? К преимуществам супервизии относятся следующие: (1) супервизор может объяснить и проиллюстрировать отдельные моменты, описанные в руководстве; (2) отношения с супервизором могут оказать терапевту поддержку в преодолении тревоги, связанной с обучением и терапевтической практикой (подобно терапевтическим функциям по отношению к пациенту); (3) при анализе отношений супервизора и терапевта могут проводиться параллели с отношениями терапевта и пациента. В отдельных случаях осознание этих параллелей может быть полезным в супервизии для понимания проблем взаимоотношений терапевта и пациента, как это было показано у Экштейна и Валлерштейна (Ekstein and Wallerstein, 1958) в стандартизированном руководстве по методам супервизии; (4) супервизорские сессии дают возможность моделирования процедур, рекомендуемых в руководстве.

ПРОЦЕДУРА СУПЕРВИЗИИ

Терапевт может быть ознакомлен с процедурой супервизорских сессий следующими способами:

Рассмотрение случаев отдельных пациентов. «На каждой сессии мы будем анализировать случаи, как правило, одного, реже — двух пациентов. Подробный анализ поможет нам достигнуть глубокого понимания. Выбор случаев зависит от вас; вы его делаете в соответствии со своими интересами».

Обзор кратких описаний случаев. «На первую сессию вам следует принести описание случая на каждого выбранного вами пациента с копией для меня, чтобы я имел представление об истории пациента и его психологическом статусе. Мы будем подробно обсуждать эти описания на первой сессии и обращаться к ним в дальнейшем».

Обзор предыдущих сессий. «В отличие от кратких описаний случаев гораздо больше информации, необходимой для дискуссии, можно почерпнуть из сессий с пациентом. Каждую сессию вы будете начинать кратким обзором материала, проанализированного на предыдущей супервизорской сессии».

Предъявление записей терапевтических сессий. «После обзора вам предлагается представить записи терапевтического процесса. Достаточно, как правило, двух или трех страниц записей по каждой сессии. Мы можем уделить время обсуждению только последней сессии. Записи должны содержать несколько примеров того, что говорил пациент, и ваших ответных реплик. Последовательность изложения должна соблюдаться, чтобы облегчить понимание содержания сообщений пациента во время сессии. В дополнение к приведению примеров вашего взаимодействия с пациентом следует дать общую схему сессии. Заметки могут быть написаны непосредственно после завершения сессии. Некоторые терапевты считают, что ведение записей во время сессии не является препятствием для работы, другие думают, что это отвлекает от процесса. В зависимости от собственного опыта вам следует самостоятельно решить, когда делать записи».

Сравнение точек зрения супервизора и терапевта. «И, наконец, мы будем сравнивать наши мнения по поводу вашего общения с пациентом».

«Итак, на каждой встрече мы будем делать обзор предыдущих сессий, заслушивать ваши записи, а затем делать новый обзор высказываний пациента и ваших ответных реакций».

Магнитофонные записи. «Полезно записывать некоторые сессии или все сессии подряд, даже несмотря на то, что только отдельные их моменты будут представлены на супервизию. В определенных случаях в качестве дополнения к супервизии вы можете проигрывать небольшие фрагменты магнитофонных записей. Длинные проигрывания пленки займут слишком много времени. Атмосферу общения терапевта и пациента могут передать и небольшие фрагменты. Прочтение записей дает возможность представить наиболее яркие моменты терапии, оставшиеся

в памяти. Кроме того, записи процесса терапии, сделанные на бумаге, как правило, предпочитают магнитофонным из-за возможности более быстрого обзора».

Проигрывание ролей. Терапевту и супервизору иногда бывает полезно обратиться к проигрыванию ролей. Как правило, процесс моделирования общения терапевта и пациента бывает очень интересным. Моделирование может проходить в следующей форме: во время супервизорской сессии, после того, как терапевт представит примеры записей процесса терапии или краткие фрагменты магнитофонных записей, терапевт и супервизор могут разыграть процессы слушания, понимания и формулирования ответных реакций в том виде, который рекомендован для лечения пациента. Взаимодействие с пациентом может быть проиграно в ролевой игре: терапевт и супервизор чередуются в проигрывании ролей терапевта и пациента и пытаются предвидеть их реплики (как на групповой супервизии Карла Меннингера, которая до сих пор сохранилась в памяти участников).

Проигрывание ролей наиболее целесообразно в тех случаях, когда терапевт и супервизор стараются найти причины дискомфорта, возникающего у терапевта при взаимодействии с пациентом, и/или тогда, когда терапевт упускает важные моменты. Проигрывание ролей может подготовить терапевта к будущему общению с пациентом при помощи более глубокого понимания проблем пациента.

ПРИМЕР: МИССИС Т.

На протяжении последних сессий терапевт был просто в отчаянии из-за большинства сообщений пациентки. Тема была (в сущности) такова: «Я лишена любви и признания, особенно с вашей стороны. Если я не получу его, мне будет больно. Тогда я пойду и получу его с помощью секса, то есть тем способом, который разрушителен для меня». Терапевт объяснил супервизору, что пути, в которых, по его мнению, он оказался, вызывают ощущение неспособности работать с этой проблемой: «Я чувствую, что если я соглашусь с пациенткой, она потребует большего потакания, а этого я не смогу сделать. Тогда она будет еще более огорчена».

Проигрывание ролей началось с высказываний пациентки во время сессии, затем последовали ответные реакции терапевта, которые он мог бы дать. Терапевт добился того, что пациентка поверила в его способность помочь ей, сказав, что он понял, чего она хотела от него и других. Кроме того, он смог ей помочь, высказав мнение, что до настоящего момента ей, наверное, было очень трудно создать отношения, в которых удовлетворялись бы ее основные потребности. До сих пор она чувствовала, что обязательно будет отвергнута в этих отношениях, и взамен выражала свои желания такими способами, которые вызывали у нее чувство вины и тенденции к саморазрушению.

Личность ТЕРАПЕВТА КАК ФАКТОР ОБУЧЕНИЯ

Как правило, обсуждение на супервизорской сессии сосредоточено на выявлении сообщений пациента и способов реагирования терапевта. В большинстве случаев нет необходимости выходить за рамки этой задачи и обращаться к личностным характеристикам терапевта. Однако бывают ситуации, когда личностные особенности терапевта вмешиваются в отношения с пациентом или с супервизором. Обычно существует параллель между взаимодействием терапевта и пациента и взаимодействием супервизора и супервизируемого, и эту параллель полезно выявить (Ekstein and Wallerstein, 1958). После этого необходимо прокомментировать личность терапевта. Принцип, которому должен следовать супервизор, состоит в том, что суждения относительно личности терапевта можно делать только тогда, когда его личностные особенности неоднократно помешали ему выслушать пациента и эффективно отреагировать на его запрос.

ПРИМЕР: (из супервизии д-ра К.В.; П: миссис Т.)

Ниже приведено несколько примеров открытых супервизорских комментариев, касающихся личности терапевта: «Я заметил, что идеи, которые мы высказываем на супервизии каждую неделю, не отразились на вашей работе с пациентом» и т.д., или «Я заметил, что, работая

с этим пациентом, вы обычно пропускаете сообщения определенного типа. К сообщениям этого типа относятся...» и т.д. Реакции терапевта на этот комментарий обычно предоставляют материал, который позволяет супервизору сделать последующие более специфические комментарии.

ТЕРАПЕВТ КАК САМОСУПЕРВИЗОР И ПРАКТИКУЮЩИЙ СУПЕРВИЗОР ДЛЯ ДРУГИХ ТЕРАПЕВТОВ

Как правило, терапевт держит в памяти текущее состояние пациента, которое меняется на протяжении процесса лечения. Однако в определенные моменты терапевту бывает необходимо восстановить в памяти какие-либо аспекты. Напоминание легко получить через самосупервизию с помощью мысленного обзора процесса терапии или обзора записей, в особенности коротких конспектов сессий. Иногда терапевт может заняться прослушиванием фрагментов магнитофонных записей (как предлагает Роджерс (Rogers, 1957b)), однако эта процедура достаточно трудоемка.

Обучение самосупервизии может осуществляться с помощью ее включения в практические занятия. Обучение должен осуществлять не только супервизор, терапевт тоже должен быть включен в работу. На супервизии, после представления ряда сессий, терапевт, как правило, начинает анализ сообщений пациента и своих реакций на них. Супервизор делает то же самое и затем они сравнивают свои точки зрения. После того, как терапевт и супервизор приходят к выводу, что терапевт достиг в ПЭ терапии хороших результатов, терапевту нужно найти возможность выступить в качестве супервизора для других коллег. Если в качестве формы супервизии используется групповая супервизия, то при случае, когда супервизор отсутствует, каждый член группы может попробовать себя в роли ведущего или группа может работать без формального лидера. Опыт такой супервизии помогает наилучшим образом усвоить материал и повысить навыки самосупервизии.

ФОРМИРОВАНИЕ ПАРЫ «ТЕРАПЕВТ – ПАЦИЕНТ»

До того, как начнется лечение, необходимо предпринять комплекс мер по подготовке пациента. Результаты терапии во многом зависят от того, как будет проведена подготовка. Собственно подготовка состоит в основном из формирования позитивных и обоснованных ожиданий пациента относительно будущего лечения. Кроме того, необходимо выделить основные характеристики, по которым можно было бы определить, какой терапевт и какому пациенту подойдет наилучшим образом. Некоторые рекомендации относительно того, как это сделать, приведены ниже.

Подготовка пациента

Начальные этапы подготовки пациента к психотерапии обычно осуществляются с помощью лечащего врача или близкого пациенту человека, рекомендовавшего обратиться к психотерапевту. Способ, с помощью которого эти лица представят пациенту информацию о терапии, может повлиять на его ожидания и на отношение к лечению по крайней мере на ранних его этапах. На самом деле, если доверенное лицо дает положительные рекомендации относительно терапевта, вида лечения или клиники, ожидания пациента могут быть более позитивными. Дальнейшие позитивные или негативные ожидания зависят от интереса и компетентности человека, который работает с запросом пациента на лечение и осуществляет подготовку к терапии.

Пациент должен быть обследован как можно скорее. Оформление назначения на лечение в течение одной или двух недель после первого обращения означает, что пациент начнет терапию с наибольшей готовностью. Большой интервал между первым обращением и началом лечения может привести к тому, что готовность пациента понизится, а это повлечет за собой увеличение количества неготовых или трудных для лечения пациентов.

ИНТЕРВЬЮ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ

В краткосрочной психотерапии специальная подготовка пациента к лечению может выступить решающим моментом по отношению к результатам терапии. Непосредственно перед началом лечения терапевт или, если дело происходит в клинике, специально обученный работник, должен провести с пациентом беседу о терапии и вселить в него адекватные ожидания, касающиеся терапии и терапевта. В клинических условиях это лучше всего сделает не терапевт, а другой специалист, который имеет опыт проведения интервью, а также может ознакомить пациента с предлагаемыми видами лечения. В частной практике также желательно провести подготовку пациента, но организовать это достаточно сложно. Для этой цели терапевт может привлекать дополнительных сотрудников.

«Предварительная социализация» оказывает положительное влияние на терапию, особенно в случаях краткосрочного лечения, а также при благоприятном психиатрическом статусе пациента (Orne and Wender, 1968; Goldstein and Simonson, 1971). Позитивный эффект подготовки пациента обнаружен Голдштейном и Симонсоном (Goldstein and Simonson, 1971), которые показали, что пациенты, которые испытывают симпатию к своему терапевту, оцениваются терапевтом как более привлекательные. «Когда привлекательность пациента для терапевта высока, пациент (1) в меньшей степени проявляет сопротивление; (2) больше говорит; (3) склонен к самоописаниям; (4) имеет больше благоприятных прогнозов относительно самого себя» (p. 164).

Форма, рекомендуемая для интервью предварительной социализации, приведена в работе Орнэ и Вендера (Orne and Wender, 1968), а один из ее вариантов дан в приложении 3. В ходе этого подготовительного интервью пациенту рассказывают, как проводится психотерапия, что ему следует делать, а что будет делать психотерапевт. Контрольное сравнение пациентов, которые прошли интервью Орнэ и Вендера, и тех, кто его не проходил, показало значительное преимущество в результатах терапии у пациентов, прошедших подготовку (Hoehn-Saric,

Frank, Imber, Nash, Stone, and Battle, 1964; Nash, Hoehn-Saric, Battle, Stone, Imber, and Frank, 1965).

ВЫБОР ТЕРАПЕВТА

В частной практике выбор терапевта делается пациентом, в большинстве случаев с помощью знакомых и друзей. В клинике выбор терапевта обычно осуществляет сотрудник клиники, чаще всего социальный работник. Решение о выборе терапевта обычно основывается на том, кто из терапевтов имеет свободное время. Естественно, такое назначение не позволяет терапевту выражать какие-либо предпочтения.

В проведенных исследованиях не выявлено, какими характеристиками должны обладать пациент и терапевт, чтобы стать продуктивной парой в психотерапии; то же самое можно сказать относительно типа пациента и формы терапии (Berzins, 1977; Luborsky and McLellan, 1981). Хотя отдельные моменты и были обнаружены в некоторых исследованиях, они пока не прошли стандартных процедур валидизации. Однако ниже будут описаны три типа работ, в которых предлагаются довольно обоснованные рекомендации.

Первый тип включает изучение имеющихся у пациента и терапевта предпочтений относительно друг друга, при этом предпочтения основываются на предоставлении информации, которая дает возможность каждому сделать обоснованный выбор. Вознаграждением за внимание к предпочтениям является создание пары, которая с наименьшей вероятностью «вспыхнет после первой искры». Тем не менее, если в организации не принято просто заполнять свободное время терапевта работой с первым попавшимся пациентом, то оценка обычно производится администратором. Иногда оценки администратора дополняются данными тестов и диагностического интервью. И все же следует признать, что предпочтения пациента и терапевта редко берутся в расчет.

Принцип изучения предпочтений участников успешно сработал в Пенсильванском исследовании психотерапии (Luborsky, Mintz, Auerbach, Christoph, Bachrach, Todd,

Johnson, Cohen, and O'Brien, 1980). Здесь половине терапевтов было позволено выбрать пациентов после просмотра медицинских карт, в то время как вторая половина терапевтов получила случайно выбранных пациентов. Наличие выбора по сравнению с его отсутствием привело к значительным различиям в отношении демонстрируемых пациентами результатов терапии. Кроме того, поощрение пациентов выразить предпочтение и попытка найти взаимно согласованные пары, по всей вероятности, дает более выгодные результаты и нуждается в специальных исследованиях (Luborsky and McLellan, 1981).

Еще одно исследование предпочтений пациентов и терапевтов пока не завершено (Alexander, Luborsky, Auerbach, Cohen, Ratner, and Schreiber, 1982). Это исследование основано на «Программе изучения способов объединения пациента и терапевта» (the Patient-Therapist Repairing Opportunity Program) Психиатрической амбулаторной клиники госпиталя Университета Пенсильвании. Все пациенты, которые участвовали в программе, должны были прежде дать согласие, что они пройдут две сессии у одного терапевта, а затем ответят на вопросы интервью, касающиеся их впечатлений о терапевте. Потом они проходят еще две сессии у другого терапевта, после чего снова отвечают на вопросы интервью относительно нового терапевта. И только после этого, в конце четвертой сессии, пациентам будет позволено сделать выбор, у кого из двух терапевтов они хотели бы продолжать лечение. Предварительные результаты показали, что большинство пациентов имеют особые предпочтения в отношении терапевтов, с которыми они связывают свои надежды на достижение отношений помогающего альянса, к которым они испытывают особую симпатию и с которыми, по их мнению, они в чем-то друг на друга похожи.

Другое руководство, которое может привести к успешным результатам в формировании пар «пациент — вид терапии» и «пациент — терапевт», представлено в исследовании шести форм лечения пациентов с наркозависимостями (McLellan, Luborsky, Woody, O'Brien, and Druley, 1983). В этой работе было выбрано правильное направление, в котором основной акцент ставился на тяжести

психиатрического статуса пациента, так как было отмечено, что наиболее острые пациенты демонстрировали меньше улучшений во всех шести программах терапии; с другой стороны, пациенты с благоприятным психиатрическим статусом демонстрировали наибольшие улучшения во всех шести программах. Таким образом, оказалось целесообразным исключить из выборки пациентов с очень высокими и очень низкими показателями психопатологии и проводить изучение особенностей соотношения «пациент – форма терапии» только в группе со средними показателями. Когда это было проделано, были выявлены достаточно яркие пары «пациент – форма терапии». Некоторые кросс-валидизированные данные поддерживают эту стратегию и в отношении формирования пар «пациент-терапевт» (MacLellan et al., 1983).

ВЫБОР ПАЦИЕНТА

Как было отмечено ранее, достаточно полезно дать пациенту и терапевту возможность выразить предпочтения в отношении друг друга. Пациентам, которые приходят на ПЭ терапию в клинику, дают информацию о различных клиниках и даже об отдельных терапевтах, и, таким образом, пациенты могут участвовать в процессе отбора. Некоторые пациенты последовательно посещают различных терапевтов и имеют наибольшую возможность выявить свои предпочтения.

Исследования не содержат определенных данных относительно того, каким пациентам ПЭ подходит в большей степени, чем другие формы терапии (Luborsky, Singer, and Luborsky, 1975). Однако все чаще встречаются исследования, в которых показано, что особенности пациента напрямую связаны с результатами терапии в целом (Luborsky, Mintz, Auerbach, Crits-Christoph, Bachrach, and Cohen, 1988). Основная характеристика амбулаторных пациентов, которая является предиктором результатов терапии, – это психическое здоровье пациента, на противоположном полюсе которого находится тяжесть психиатрического статуса.

Одно из самых ранних исследований, обнаруживших этот факт, – Психотерапевтический проект Меннингера

(Menninger Psychotherapy Project); было сделано открытие, что наиболее психически здоровые пациенты демонстрируют наилучшие результаты терапии (Luborsky, 1962). В характеристику психического здоровья входят психологические особенности пациента и отсутствие у него психиатрических симптомов. В экономических терминах этот принцип может быть описан как «деньги к деньгам». В обзоре предыдущих исследований психотерапии, предпринятом в Пенсильванском психотерапевтическом проекте, в 68 исследованиях был обнаружен фактор «психическое здоровье — болезнь» в качестве предиктора. В 48 исследованиях данный фактор выступил в качестве значимого предиктора.

Ниже приведен пример корреляционных связей в мультивариативном исследовании предикторов в Пенсильванском психотерапевтическом проекте (Luborsky et al., 1980): фактор «психическое здоровье — болезнь» коррелировал с определенным показателем результата терапии («устойчивое улучшение» с коэффициентом 0,30 ($p < 0,05$) и с другим показателем результата терапии («диагностируемые улучшения» с коэффициентом 0,25 ($p < 0,05$)). Мы провели повторный анализ подобных данных из Исследования Чикагского консультативного центра (Chicago Counseling Center Study) (Fiske, Cartwright, and Kirtner, 1964) и обнаружили наличие таких же значимых предикторов, основанных на адекватном психологическом функционировании. Психотерапевтический проект Меннингера (Kernberg, Burstein, Coyn, Applebaum, Horwitz, and Woth, 1972), проект Темплского университета (Sloane, Staples, Cristol et al., 1975) и Йельское исследование (Rounsaville, Weisman, and Prusoff, 1981) продемонстрировали одинаковые результаты по предиктору «психическое здоровье — болезнь», но на меньшем уровне значимости, чем в Пенсильванском психотерапевтическом проекте.

В качестве предиктора фактор «психологическое здоровье — болезнь» выступал не только в исследованиях результатов психотерапии, но также в исследовании различных форм терапии. При изучении шести программ лечения 800 пациентов с зависимостями (McLellan et al., 1983) тяжесть психологического состояния выступила

в качестве предиктора как по всей выборке, так и внутри каждой из шести программ (0.34, $p < 0.01$). В этом исследовании особый интерес представлял тот факт, что для фактора «психологическое здоровье — болезнь» уровень предсказания оказался выше, чем для фактора «степень тяжести зависимости» и других факторов. Другими словами, результаты исследований терапии при зависимостях могут быть точнее предсказаны через фактор «психическое здоровье — болезнь», чем через фактор «степень тяжести зависимости»!

В других исследованиях психотерапии значимыми оказались факторы, касающиеся особенностей пациента, но только некоторые из этих исследований были проведены повторно, а большинство нуждаются в кросс-валидации. Например, в Пенсильванском психотерапевтическом проекте (Luborsky et al., 1980) «эмоциональная свобода» (общий показатель переменных эмоциональной свободы, инициативы, гибкости и оптимизма) коррелировал с коэффициентом 0,30 ($p < 0,01$) с показателем «оцениваемые продвижения», а смешанный фактор, состоящий из 10 характеристик, в которых отражено сходство между пациентом и терапевтом в социально-демографических показателях и жизненных установках, коррелировал с коэффициентом 0,24 ($p < 0,5$) с основным показателем результатов (три наиболее значимыми чертами сходства были возраст, семейное положение и профессия).

В целом не так важно, каким способом был проведен отбор пациентов, ибо ПЭ имеет достаточную гибкость, позволяя работать с различными типами пациентов. ПЭ адаптирована к широкому кругу проблем, начиная от умеренных ситуативных нарушений адаптации до пограничных и психотических расстройств. Терапевт работает с большим диапазоном тяжести состояний пациентов, используя необходимое данному пациенту соотношение поддержки и экспрессивности. Как показано в главе 6, чем тяжелее психиатрический статус пациента, тем больше ему требуется поддержки и меньше экспрессивности. Именно эта свобода выбора необходимого соотношения поддержки и экспрессивности делает ПЭ более подходящей для тяжелых пациентов, чем классический психоанализ. Это проверенное

временем мнение поддержано клиническим и исследовательским опытом (Wallerstein, 1984).

Далее даны выводы по результатам исследования, цель которого состояла в определении того, какие пациенты более всего подходят для различных видов терапии.

1. Тяжесть психиатрического статуса является наиболее важным предиктором результатов терапии не только в ПЭ, но и в других формах лечения.

2. Эмоциональная свобода также рассматривается в качестве предиктора, возможно, в связи с наличием в ней мотивационного компонента, который содержится в факторе «оптимизм».

3. Демографические характеристики, общие для пациента и терапевта, например, возраст, семейное положение и род занятий, также являются предикторами результатов терапии.

Кроме проблемы соответствия формы психотерапии тому или иному пациенту, дальнейшие исследования следует посвятить определению характеристик пациента, которые являются факторами успешности при прохождении того или иного вида терапии.

ЧАСТЬ II
РУКОВОДСТВО

Только для личного использования

ГЛАВА 5. НАЧАЛО ЛЕЧЕНИЯ

Если использовать проводимую Фрейдом (Freud, 1913) аналогию терапии с игрой в шахматы, то можно утверждать, что представление о «ходах» психотерапии на начальном и конечном этапах является более четким по сравнению с промежуточными этапами. Ниже приводятся рекомендации по проведению сессий на начальных этапах терапии. Терапевту следует придерживаться следующих правил:

- 1) внимательно слушать то, что говорит пациент, чтобы прояснить беспокоящие его проблемы, а также создать пациенту условия для формулирования проблем как целей психотерапии, упорядоченных по степени важности;
- 2) разъяснить пациенту, в чем суть процесса терапии;
- 3) четко установить условия психотерапевтических сессий;
- 4) сформировать отношения доверия и взаимопонимания;
- 5) начать процесс прояснения основных проблем взаимоотношений и связанных с ними симптомов.

ПОСТАНОВКА ЦЕЛЕЙ

Основными целями терапевтической работы являются цели, поставленные пациентом. Именно они приводят пациента в терапию, потому что их содержание отражает желаемые изменения. Цели пациента удерживают его

в терапии и побуждают к переменам. Давно известно, что именно цели обуславливают мотивацию к изменениям. Фрейд (Freud, 1913, p.143) утверждал: «Первичная мотивирующая сила терапии — это страдание пациента и проистекающее из этого страдания желание вылечиться». С точки зрения теории терапевтических изменений, достижение целей является результатом взаимодействия нескольких факторов: работы пациента по достижению целей, способности к изменениям, а также адекватности применения двух основных методов лечения — поддерживающих и экспрессивных техник. Поддерживающие отношения с терапевтом являются основной движущей силой изменений.

ВЫБОР ЦЕЛЕЙ

Если пациент сам не говорит о проблемах, то на первой сессии в нужный момент терапевт может предложить: «Расскажите мне о проблемах, над которыми вам хотелось бы поработать». Постановка целей начинается на первой сессии и продолжается на протяжении всего лечения по мере того, как пациент изменяет свое отношение к ним. Среди наиболее общих для большинства пациентов целей выделяются контроль над тревогой и депрессией, а также проблемы личностного функционирования (*personal functioning*). Каковы бы ни были цели терапии, их следует ставить с учетом реальной возможности их достижения.

ОТСЛЕЖИВАНИЕ ПРОГРЕССА ЧЕРЕЗ СООТНЕСЕНИЕ С ЦЕЛЯМИ

Одной из функций первичной постановки целей в ПЭ психотерапии является прояснение результата, на который будут направлены усилия пациента и терапевта в ходе лечения. Постановка целей может обеспечить точный фокус внимания не только в начале терапии, но и вообще в процессе лечения. Так как при кратковременной ограниченной во времени ПЭ психотерапии время лечения жестко лимитировано, то строгая концентрация на целях может ускорить терапевтическую работу.

Цели представляют собой своего рода маркеры продвижения в терапии. После того как начато лечение, для терапевта и для супервизора полезно периодически оглядываться на первичные цели и ранние терапевтические сессии, чтобы соотнести настоящую позицию пациента с его первоначальными задачами. Наиболее подходящим для такой ретроспекции является момент достижения какой-либо из целей. По наблюдению Шлезингера (Schlesinger, 1977), когда цель достигнута, весьма вероятно появление «внутренних маркеров», сигнализирующих об изменениях. Следовательно, появляется возможность выделить определенные этапы в процессе лечения. Выделение этапов позволяет пациенту и терапевту периодически переживать чувство завершенности.

В дополнение к сказанному, постановка целей служит модулятором или тормозом регрессии. Отсутствие целей для некоторых пациентов является фактором, препятствующим терапии. Это происходит потому, что отсутствие четко поставленных целей вводит таких пациентов в тягостные состояния подозрительности или зависимости (как показано в примере в главе 6).

ОБЪЯСНЕНИЕ СУЩНОСТИ ПРОЦЕССА ЛЕЧЕНИЯ

Терапевт должен поставить цели, а также объяснить и показать пациенту, в чем сущность процесса лечения. Объяснения терапевта, касающиеся содержания процесса терапии, должны быть краткими, потому что пациент скоро получит собственный опыт терапии и сам увидит, что делает терапевт. Пространные объяснения излишни и могут только запутать пациента; терапевт может просто попросить, чтобы пациент говорил все, что ему хочется. Затем, по мере того как сущность проблем пациента станет более понятной, они могут вместе начать работать над преодолением факторов, мешающих пациенту достичь поставленных целей.

В ПЭ терапии более предпочтительно попросить пациента говорить то, что ему хочется сказать, нежели

обращаться к нему с классической психоаналитической инструкцией «Вы должны говорить все». Применение инструкции «Говорите все, что приходит вам в голову» в качестве правила может усложнить отношения с терапевтом, поэтому ее использование вовсе не обязательно. Пациент сам поймет, что нужно попытаться высказать то, что он хочет, а это даст возможность выяснить, почему все остальное не было сказано.

Все пациенты время от времени замолкают и как будто не знают, что сказать. Они могут объяснять при этом, что они не знают, о чем говорить. Постепенно им станет ясно, что процесс мышления продолжается и во время молчания — в тишине принимается решение, о чем стоит говорить, а о чем — нет. Понимание пациентом и терапевтом оснований такого решения может помочь пациенту в проработке своей проблемы.

ОБСУЖДЕНИЕ УСЛОВИЙ ЛЕЧЕНИЯ

К основным условиям, обсуждаемым в начале терапии, относятся: 1) продолжительность каждой сессии; 2) величина оплаты; 3) сроки предъявления счета; 4) сроки оплаты счета; 5) что делать с пропущенными сессиями; 6) соглашение относительно графика встреч; 7) соглашение относительно продолжительности курса лечения. Далее приведены некоторые рекомендации и принципы, регулирующие процесс обсуждения этих условий:

1. Продолжительность сессии: обычная продолжительность сессии — 50 минут; желательно, чтобы пациент знал это с самого начала и чтобы пациент и терапевт придерживались этого условия.

2. Величина оплаты: если терапевт сам устанавливает цену и при этом не осведомлен о платежеспособности пациента, то нужно выяснить его финансовое положение. После этого терапевт сообщает пациенту величину оплаты каждой сессии.

3. Предоставление счетов пациенту: пациенту следует сказать что-нибудь вроде: «Счет будет выписываться в конце каждого месяца» или «Платить следует каждый раз, когда вы приходите на встречу».

4. Когда оплачивать счет: пациенту следует сказать, что счет нужно оплачивать в определенные сроки, скажем, в течение двух недель с момента его получения.

5. Что делать с пропущенными сессиями: в самом начале лечения терапевт должен как-то оговорить вопрос о пропущенных сессиях. Обычно используются два типа договоренности: «Все сессии, которые вы пропускаете, должны быть оплачены, поскольку это время отведено для вас и я уже не могу заполнить пропущенные часы» или же: «Если вы не предупредите меня за один или два дня о том, что не сможете прийти, то вам придется оплачивать пропущенные сессии».

Терапевту наиболее удобна такая договоренность, согласно которой пациент оплачивает все пропущенные сессии, поскольку он «арендует определенный час» (Freud, 1913, p. 126). В психотерапевтической практике невозможно устроить так, чтобы вместо отсутствующего пациента можно было принять другого. Это имеет отношение к тем терапевтам, которые занимаются терапией в течение всего рабочего времени, и к тем, кто принимает ограниченное число пациентов в неделю. Однако если пациент заболевает или серьезные обстоятельства не позволяют ему в течение некоторого времени посещать терапевта, то можно считать, что лечение как бы временно закончено, и терапевт может заполнить освободившиеся часы. Когда пациент будет в состоянии возобновить встречи, терапевт вновь берет его в терапию, как только появится свободное время.

6. Время встреч: лучше всего назначить определенный день и час, хотя в отдельных случаях возможны изменения. Такие изменения лучше производить в рамках той же недели, после чего возвращаться к обычному графику.

7. Продолжительность лечения: как правило, еще перед первой сессией терапевт представляет себе, какую из двух возможных временных схем он будет применять: неограниченную во времени или ограниченную во времени (ОВ) терапию. Если более привычной является неограниченная во времени терапия, то терапевт может сказать: «Лечение будет продолжаться до тех пор, пока мы вместе не придем к выводу, что настало время окончания терапии».

При обсуждении условий неограниченной во времени терапии на первой или второй сессии полезно сказать следующее: «Терапия закончится тогда, когда будут достигнуты цели, которые вы перед собой ставите, или хотя бы некоторые из них». Важно также, чтобы терапевт уже в начале лечения сказал примерно следующее: «Однако в любой момент, когда почему-либо встанет вопрос об окончании терапии, прежде чем мы расстанемся, нужно будет провести, по меньшей мере, еще две или три встречи, чтобы осознать проделанную нами работу».

Пациент имеет право на ясное представление о продолжительности терапии хотя бы в той степени, в которой это предполагается терапевтом. Терапевт должен объяснить, что продолжительность терапии бывает разной. В некоторых случаях она длится несколько месяцев, в других — несколько лет. Длительность терапии зависит от поставленных целей, а также от скорости продвижения к ним. Преимущества неограниченной во времени терапии состоят в том, что ее рамки можно раздвинуть или сузить в зависимости от потребностей пациента.

Поддерживающая экспрессивная ограниченная во времени терапия подходит для отдельных пациентов, целых клиник и исследовательских программ в тех случаях, когда рамки лечения ограничены. У некоторых пациентов изменения могут происходить именно вследствие имеющихся временных ограничений. Рекомендуемая продолжительность кратковременной терапии — от 12 до 25 сессий. Один из вариантов — когда 12 сессий распределяются на 16 недель: первое время сессии происходят еженедельно, а затем — раз в две недели. В нужный момент терапевту следует сказать пациенту, что ограничения во времени могут быть очень полезны. Если пациент обеспокоен продолжительностью лечения и спрашивает: «А может быть, мне необходимо более длительное лечение?», терапевт может ответить: «Мы с вами посмотрим, как пойдут дела после окончания лечения, а затем, если будет нужно, обдумаем возможность продолжения терапии».

УСТАНОВЛЕНИЕ ОТНОШЕНИЙ ДОВЕРИЯ И РАППОРТА

Установление хороших рабочих отношений имеет перво-степенное значение как в начале лечения, так и на всем его протяжении. Хорошие отношения обычно начинают складываться уже тогда, когда терапевт работает над проявлением целей пациента и объясняет, как будет проходить терапия. Пациент при этом, как правило, пытается определить, можно ли доверять этому терапевту и хочет ли он лечиться именно у этого терапевта.

Увлеченность терапевта проблемой адекватности применяемых техник иногда влечет за собой некоторое сужение интереса к пациенту и мешает искреннему заинтересованному отношению. Характеризуя воспоминания Блантона (Blanton, 1971) о том, как тот проходил психоанализ у Фрейда, Самуел Липтон (Lipton, 1973) высказывает такую точку зрения: «Она (книга Блантона) представляет собой своего рода побуждение к тому неувыдающему интересу и учтивости, которые проявлял Фрейд, даже будучи под гнетом личных бед в свои последние годы... Совершенно очевидно, что он (Фрейд) никогда специально не обозначал те теплые отношения, которые он устанавливал с пациентом, как некую часть психоаналитической техники, однако любой аспект этих отношений мог бы стать объектом интерпретации» (р. 236).

Действительно, Фрейд (Freud, 1913) поднял до уровня руководящего принципа идею о том, что только после установления «соответствующего раппорта» (р. 139) (в данном руководстве раппорт рассматривается как часть поддерживающего компонента терапии) терапевт может начать продуктивно реагировать на поведение пациента, указывая ему на «скрытые смыслы того, что приходит ему (пациенту) в голову» (с.139). (В данном руководстве интерпретация этих скрытых смыслов рассматривается как экспрессивный компонент терапии.)

В попытке добиться хорошего раппорта и доверия пациента терапевт, как правило, переживает совершенно естественное искушение рассказать пациенту побольше о себе. Терапевт может даже считать это необходимым для

того, «чтобы удержать пациента» или «чтобы доверие одного вызвало доверие у другого» или «чтобы поставить себя на равных» (Freud, 1912, p. 117). В целом этому искушению нужно сопротивляться, поскольку оно приносит больше вреда в виде последующих проблем, чем пользы. Оно не помогает пациентам лучше осознавать их собственные проблемы, а, наоборот, отвлекает их от этого. Это может также помешать пациенту воспринимать терапевта как беспристрастного помощника, который поможет разобраться с существующими затруднениями.

НАЧАЛЬНЫЙ ЭТАП ПОНИМАНИЯ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТА И ОТВЕТНЫЕ РЕАКЦИИ ТЕРАПЕВТА

В ходе первых сессий у терапевта уже начинает складываться представление относительно очевидных и «скрытых» проблем пациента во взаимоотношениях с другими людьми. Эти проблемы часто сопряжены с симптомами и целями, которые ставит пациент, чтобы избавиться от симптомов.

Обычно в ходе первых сессий терапевт начинает разбираться в проблемах более глубоко, чем это уместно обсуждать с пациентом в начале лечения или вообще когда бы то ни было. Мы приведем некоторые принципы формирования и распределения во времени ответных реакций терапевта сейчас, а затем рассмотрим их более подробно.

Первый принцип заключается в том, что терапевт должен иметь логические основания для формирования своих реакций на поведение пациента. Эти основания должны базироваться на предварительной оценке состояния пациента и на поведении пациента во время первых сессий. Выводы должны быть более конкретными, нежели констатация того, например, что пациент нуждается скорее в экспрессивной, чем в поддерживающей терапии или наоборот; они должны также содержать представление о том, «что нужно поддерживать, когда и почему и что нужно экспрессивно выражать и почему» (Schlesinger, 1969, p. 268).

В экспрессивном выражении обычно нуждается некоторый аспект центральной проблемы взаимоотношений. Терапевт должен начать фокусировать свои реакции на этом аспекте центральной проблемы. Удержание фокуса подразумевается в понятии «*фокальная терапия*», которое является одним из отличительных признаков ограниченной во времени кратковременной психоаналитически ориентированной терапии. Процесс фокусирования на основной теме взаимоотношений продолжается на протяжении всего лечения. Переключения с одной темы на другую могут иметь место, но основное время отводится расширению и углублению одной темы. Фокусированные реакции с точки зрения центральной темы взаимоотношений подробнее рассматриваются в главе 8.

После принятия решения относительно того, что именно следует поддерживать, нужно опираться на другой принцип: терапевт должен воздерживаться от реакции до тех пор, пока пациент сам не приблизится вплотную к осознанию проблемы. Если этот принцип игнорируется терапевтом, то он может «дискредитировать себя и терапию в глазах пациента ... независимо от того, правильно его предположение или нет» (Freud, 1913, p. 140). Этот принцип применяется и на более поздних этапах терапии.

ГЛАВА 6. ПОДДЕРЖИВАЮЩИЕ ОТНОШЕНИЯ

В психоаналитической терапии необходимо создавать с пациентом поддерживающие отношения, чтобы он чувствовал себя достаточно комфортно в работе над проблемами, подтолкнувшими его обратиться к терапевту. Поддерживающие отношения дают пациенту возможность выдерживать экспрессивные техники (глава 7), которые часто служат движущей силой в достижении целей.

Разумеется, любая психотерапия содержит поддерживающие компоненты, даже самая экспрессивная, поскольку поддержка — это обычное и естественное следствие установления терапевтических отношений. Поддержка, как правило, является производной от внутренне присущих терапии особенностей, таких, как сотрудничество пациента и терапевта в попытке помочь пациенту достичь терапевтических целей. Фрейд (Freud, 1913) рекомендует терапевту не предпринимать ничего такого, что могло бы помешать развитию естественной потребности пациента к созданию привязанности: «Первой целью лечения остается формирование (у пациента) привязанности к терапии и к личности врача. <...> Если демонстрировать серьезный интерес к пациенту <...> и избегать определенных ошибок, то он сам сформирует такую привязанность. <...> Весьма легко также упустить возможность этого первого успеха, если с самого начала занять какую-либо иную позицию, нежели позиция сочувственного понимания» (р. 139–140).

Утверждение о том, что «любая психотерапия содержит поддерживающие компоненты», недавно получило подтверждение (Luborsky, Woody, McLellan, O'Brien and

Rosenzweig, 1982). В проведенном исследовании сравнивались три направления терапии: поддерживающе-экспрессивная, когнитивно-бихевиоральная и консультирование при наркозависимости. Два независимых эксперта оценивали степень поддержки, проявляемой в терапевтических фрагментах. Было обнаружено, что все три типа терапии фактически идентичны по фактору поддержки. Этот удивительный результат получился несмотря на то, что только в руководстве по поддерживающе-экспрессивной терапии поддержке уделяется особое место. Следовательно, улучшение состояния пациента происходит независимо от того, отводится в руководстве место факторам поддержки или нет.

Ниже приведено описание поддерживающих техник и их применения. При чтении этого раздела необходимо помнить основной постулат психоаналитической теории (описанный в главе 2): терапевт не может применять техники, полагая, что они работают сами по себе. Внимание терапевта должно быть направлено на то, как воздействует данная техника на пациента. Герберт Шлезингер (Herbert Schlesinger, personal communication, 1983), утверждал это еще более категорично: «Оценка содержания техник терапевта должна производиться с позиции пациента: если пациент ощущает поддержку — значит, это поддерживающая техника». Ниже будут описаны техники, которые, как правило, воспринимаются пациентами как поддерживающие.

ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЯ, КТО ИЗ ПАЦИЕНТОВ НУЖДАЕТСЯ В УСИЛЕНИИ ПОДДЕРЖИВАЮЩИХ ОТНОШЕНИЙ

Различным пациентам требуется разное количество и содержание терапевтической поддержки. Для многих пациентов ПЭ терапии на протяжении всего лечения могут использоваться только экспрессивные техники (см. главу 7), поскольку внутренне присущие экспрессивным техникам поддерживающие компоненты соответствуют

потребностям пациента. По отношению к таким пациентам экспрессивные техники можно использовать для работы с проблемами, связанными с отношениями поддержки. В этих случаях основная техника терапии будет походить на классическую технику психоанализа.

Для некоторых пациентов начальный уровень психотерапевтической поддержки стоит повысить путем создания особых поддерживающих условий. Это может быть полезно в отношении следующих категорий: пациентов с нарушением характера (*character disorders*) и разрушительными аллопластическими симптомами, которым свойственны непереносимость тревоги и трудности с рефлексией; пациентов, в работе с которыми важно не допустить регрессию и стабилизировать уровень адаптации с помощью усиления защит и избегания их анализа. Эти рекомендации основаны на том, что регрессия может вызвать ненужную тревогу и ослабить защиты (Gill, 1951). Часто решение относительно того, нужны ли дополнительные способы поддержки, и если да, то какие именно, принимается с самого начала и далее не вызывает сомнений. Однако в отношении некоторых пациентов довольно трудно принять решение, какой техники придерживаться. В этом случае для терапевта могут быть полезны данные обследования пациента с помощью психодиагностических тестов (Rapaport, Gill and Schafer, 1968). Терапевт может также оценить особенности пациента в ходе начального периода лечения (Freud, 1913) путем пробных интервенций. Кроме того, решение терапевта может формироваться постепенно по мере накопления опыта лечения пациента, как в двух приведенных ниже примерах. В конце концов терапевт может прийти к тому, что в отношении отдельных пациентов принятие решения о техниках лечения отражено в известной молитве: «Господи, дай мне терпение, чтобы смириться с тем, чего я не могу изменить, силу, чтобы изменить то, что я могу изменить, и мудрость, чтобы отличить одно от другого». (Эту молитву приписывают различным источникам.)

После того как терапевт приходит к заключению, что пациент нуждается в дополнительных поддерживающих техниках, он обычно воспринимает их как естественные

отношения, а не как искусственную роль. Более того, некоторым терапевтам удобнее применять эти техники, рассматривая их не как «техники», а как обычное поведение человека, направленное на оказание помощи другому (Lipton, 1979).

Когда принимается решение об оказании дополнительной поддержки, необходимо установить, какова будет ее форма. Принципы, на основе которых принимается такое решение, предложены Шлезингером (Schlesinger, 1969). Он приходит к заключению, что разделение терапевтических техник на поддерживающие и экспрессивные может вводить в заблуждение: «С логической точки зрения не будет ошибкой определять как «поддерживающее» такое лечение, в ходе которого терапевт с вниманием относится к потребности пациента в поддержке. Но <...> когда термин «поддерживающая» применяется для описания формы психотерапии, некоторые терапевты понимают это как требование применять *исключительно* определенные поддерживающие техники и запрет на использование других техник (особенно содержательных интерпретаций и интерпретаций защит). Этот термин подавляет интерес и бдительность терапевта <...> по отношению к целому классу сообщений пациента. <...> Супервизоры часто слышат рассказы начинающих психотерапевтов о тяжелых исканиях пациентов, стремящихся справиться с причиняющими боль внутренними конфликтами. При этом понятно, что сами терапевты осознают по крайней мере некоторые из причин переживаемых пациентами трудностей. Когда же какого-либо терапевта спрашивают, почему он не помог пациенту проинтерпретировать ситуацию, тот, будучи в полной уверенности, что прав, отвечает что-нибудь вроде: «Пациент болен шизофренией. Я использую поддерживающие техники» (р. 271–272).

На взгляд Шлезингера (Schlesinger, 1969), который соответствует общепринятой в медицине точке зрения, правильный диагноз должен предписывать определенные формы лечения. Эти формы являются разновидностями поддерживающих и экспрессивных техник, применяемых в ПЭ психотерапии. По результатам психодиагности-

ческого обследования должны быть определены три вида специальных терапевтических показаний к применению этих техник: что именно в пациенте нуждается в поддержке, как можно оказать эту поддержку и в каких случаях она будет более всего необходима. Пациенты часто нуждаются в поддержке для сохранения самоуважения и чувства реальности при переживании очень жестоких укоров совести, а также для того, чтобы справиться с тревогой, вызванной желаниями и влечениями. Примеры того, как и когда следует оказывать поддержку, приведены ниже.

ПРИМЕР: МИСТЕР З.

Хорошо известный пример, демонстрирующий, как иногда трудно прийти к решению об усилении поддерживающих аспектов, мы находим у Кохута (Kohut, 1977) в его повторном анализе пациента, проведенном после изменения техник. Первый анализ этого пациента, не приведший к положительному результату, основывался на стандартных процедурах интерпретации (в данном руководстве они попадают в рубрику экспрессивных техник). Во втором анализе присутствовал дополнительный поддерживающий компонент — используя эмпатию, терапевт усиливал слабое самоуважение пациента. Многие интерпретации терапевта имели форму признания того, как трудно, по всей видимости, было пациенту выносить постоянное поприение его самоуважения со стороны родителей на протяжении детских лет. Такие реакции терапевта содержали, наряду с интерпретацией, сильный поддерживающий компонент, что при повторном анализе привело к положительным результатам.

В следующем примере терапевт заново оценивает прогресс, достигнутый пациентом после начального периода терапии, и приходит к выводу, что продолжение работы при помощи той же техники доставило бы пациенту много огорчений и сделало бы невозможным дальнейший прогресс. Исходя из этого, терапевт решает, что необходимо добавить поддерживающих компонентов и отказаться от некоторых экспрессивных.

ПРИМЕР: МИСТЕР П.

Пациент — студент колледжа, 21 год, белый. Его собственное представление о целях терапии было смутным, он объяснял обращение к терапевту так: «Мой отец считает, что мне нужно с кем-то встретиться». Он подозревал у себя обширное органическое поражение мозга в связи с провалами в памяти, которые преимущественно относились к событиям, происшедшим накануне. Его девушка недавно сказала ему, что собирается замуж за другого; однако он осознал, что расстроен, лишь после того, как рассказал об этой утрате отцу. Пациент характеризовал себя как «бодрого», «спокойного» человека, хотя временами выражал тревогу и спрашивал: «Я никчемный человек?» После первой сессии терапевт рекомендовала ему пройти нейропсихологическое обследование. Оно показало наличие высокого интеллекта и не обнаружило никаких признаков органических поражений мозга.

В первый раз лечение обсуждалось на супервизорской группе после десяти еженедельных сессий. На протяжении этих десяти недель пациент не говорил терапевту о том, что он не посещает учебные занятия. Он взял академический отпуск, и научный руководитель нашел ему работу при колледже, чтобы он все-таки закончил обучение. Однако пациент не принимался за учебу. Он периодически опаздывал к назначенному терапевтом часу и иногда подолгу молчал во время терапевтической сессии.

На последней сессии перед презентацией на супервизорской группе, пациент рассказал свой сон: «Я в каком-то месте, где много женщин. Они нападают на меня. Я отстреливаюсь. Я думаю, это хороший сон». Затем пациент признался, что незаконно хранит в своей комнате два пистолета. Теперь терапевт более ясно осознала, что пациент переживает возрастающее чувство угрозы со стороны терапевта. Она начинает все больше размышлять о том, как успокоить пациента и снять его страх, а также поддержать чувство реальности и независимости от нее, например:

Т.: Мы могли бы поработать со сновидением, однако весьма существенно то, что вы не принимаете некоторых моих суждений оттого, что они отражают мое мнение о вас. Действительно, сами вы лучше знаете, что чувствуете.

На супервизии терапевт выражала озабоченность тем, что ее техника лечения может сделать пациента более импульсивным и изменить то состояние «бодрости» и «спокойствия», которое было раньше. Кроме того, в пациенте развивается подозрительность к терапевту. Ближе к концу супервизорского обсуждения было решено, что поддерживающие техники в большей степени показаны пациенту, поскольку он демонстрирует низкую переносимость тревоги и трудности в рефлексии. Таким образом, следует использовать такую технику, которая не допускала бы регрессии и стабилизировала бы уровень адаптации к реальности. Вместо анализа защит предписывалось усиление этих защит. Желательно не разрушать защитные переживания пациентом себя как «бодрого» и «спокойного». Своей приведенной выше репликой терапевт уже начала работу в этом направлении: она заняла позицию, которая могла бы минимизировать восприятие пациентом ее как угрожающей фигуры.

Вышеописанные меры должны были стабилизировать уровень адаптации пациента с тем, чтобы он мог более успешно справляться с учебными занятиями. Пациенту нужно было дать возможность обнаружить в ходе лечения факторы, мешающие ему продолжать обучение. Более того, следовало провести пересмотр терапевтических целей. Важно было выяснить, согласен ли пациент со своим отцом, что ему «необходимо встретиться с кем-то», или же у него есть в терапии собственные цели. Было также полезно окинуть взглядом то, что уже достигнуто, в частности, вспомнить радостное сообщение об отсутствии у пациента органических нарушений мозга. Наконец, пациенту нужно было сказать, сколь долго будут продолжаться сессии, прежде чем появятся ожидаемые изменения.

На следующей терапевтической сессии терапевт вместе с пациентом пересмотрели цели. Терапевт упомянула о том, что поскольку время, имеющееся у них в распоряжении, ограничено, было бы хорошо выяснить, над чем бы он хотел поработать.

Т.: Над какими целями вы хотели бы поработать?

П.: Я не знаю.

Т.: Как идут дела с вашим обучением?

П.: Я ничего не делаю, так что скоро начнутся проблемы.

Т.: Хотели бы вы поработать над этим?

П.: Да, очень.

Пациент с жаром ухватился за это со словами, что он чувствует себя подавленно из-за неспособности покончить со всеми задолженностями сразу. Затем пациент и терапевт пришли к заключению, что он может работать над задолженностями поочередно. Пациент испытал чувство облегчения.

Благодаря такому переформулированию целей и другим поддерживающим мерам моральное состояние пациента и качество его отношений с терапевтом постепенно улучшились. Терапевт тоже чувствовала облегчение, поскольку теперь ей было более понятно, почему пациент прежде реагировал на нее таким образом. Она осознавала также, что теперь ее образ действий ближе к тому, который поможет пациенту.

ОЦЕНКА ПОМОГАЮЩЕГО АЛЬЯНСА С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПАЦИЕНТА

Термином «помогающий альянс» (Luborsky, 1976) обозначаются несколько сходных между собой феноменов, отражающих переживания пациентом своих отношений с терапевтом как помогающих или потенциально помогающих в достижении терапевтических целей. Есть еще два термина, которые, вероятно, относятся к тому же самому феномену: «терапевтический альянс» (Zetzel, 1958) и «рабочий альянс» (Greenson, 1967).

В проведенном исследовании были обнаружены высокие корреляции между экспрессивными реакциями пациента во время терапии, что было проинтерпретировано как свидетельство переживания пациентом «помогающего альянса» в отношениях с терапевтом (Luborsky, 1976a; Morgan, Luborsky, Crits-Christoph, Curtis, and Soloman, 1982; Luborsky, Crits-Christoph, Alexander, Margolis, and Cohen, 1983). Эти проявления «помогающего альянса» с умеренной надежностью оценивались независимыми экспертами, которые прогнозировали результаты психотерапии.

В результате было разработано два альтернативных метода, по каждому из которых имеется руководство для оценивания (приложение 5). Руководство дает возможность измерить интенсивность «помогающего альянса». К разработанным методам относятся: метод глобальной оценки (global rating method – HA_R) для оценки всей сессии или ее фрагмента и метод подсчета признаков (counting signs method – HA_{CS}) для подсчета каждого единичного примера («признака») в сессии. Оценки, проведенные с помощью каждого метода, довольно сильно коррелируют между собой. Поскольку оба метода прогнозируют результаты лечения достаточно успешно, то в случаях, когда требуются точные показатели «помогающего альянса», можно использовать любой из них.

Оба метода предусматривают оценку экспертами двух типов проявлений пациента: тип 1 – терапевт оказывает пациенту помощь, а пациент ее получает; тип 2 – терапевт и пациент работают совместно, «командой», стремясь помочь пациенту. Эти два типа «помогающего альянса», как правило, сильно коррелируют друг с другом, однако тип 1 возникает по ходу лечения раньше, чем тип 2*.

Оба метода содержат очень похожие подтипы, объединенные в более широкие типы 1 и 2. Поскольку подтипы из обоих руководств очень похожи друг на друга, будет вполне достаточно, если мы перечислим здесь те, которые

* Каждый из методов имеет свои преимущества. HA_R достаточно прост в применении, потому что содержание сессий может восстанавливаться по памяти или проигрываться на магнитофоне. HA_R дает общую оценку по подтипам. HA_{CS} требует больших затрат времени по созданию транскриптов и последующему поиску в них примеров каждого подтипа. HA_{CS} делает вклад в общую оценку, полученную в HA_R . Несмотря на то, что HA_R назван инструментом помогающего альянса, неясно, каким образом из экспертных оценок HA_R извлекаются его количественные показатели (как это обычно бывает в отношении методов глобальной оценки); полученные в среднем высокие корреляции HA_R и HA_{CS} (например, показатель положительной корреляции между HA_R и HA_{CS} , равный 83) предполагают, что эксперты основывают свои оценки на выявленных в высказываниях терапевта и пациента признаках помогающего альянса, встречающихся в записях терапевтических сессий, как это описано в HA_{CS} -руководстве (Luborsky et al., 1983; Alexander and Luborsky, 1984).

имеются в руководстве по НА_{CS}. Оно содержит 4 подтипа для первого типа: (1) пациент верит, что терапевт или терапия помогает; (2) пациент чувствует, что он изменился с момента начала лечения; (3) пациент чувствует, что терапевт его понимает; (4) пациент ощущает оптимизм и уверенность в том, что терапевт и терапия ему помогут. Три подтипа для типа 2 включают: (1) пациент переживает опыт работы с терапевтом как совместные, «командные» усилия; (2) пациент разделяет представления терапевта об источниках проблем; (3) пациент проявляет качества, сходные с качествами терапевта, особенно в способности применения тех или иных «инструментов» достижения осознания.

Непредвиденный результат дало применение метода НА_{CS} для дальнейшего понимания дифференциально-прогностической ценности позитивных/негативных признаков «помогающего альянса». Оказалось, что ранние позитивные признаки «помогающего альянса» являются предвестниками окончательного результата лечения, тогда как негативные признаки прогностически гораздо менее валидны. Обнаружение прогностической ценности ранних позитивных признаков «помогающего альянса» дает повод задуматься тем, кто придерживается мнения о ранних позитивных признаках, как о феномене «медового месяца». Здесь, подобно любовным отношениям, «да» (то есть позитивные признаки «помогающего альянса») означает «да» (то есть благоприятное влияние на терапию), тогда как «нет» означает «может быть». «Нет» — это негативные признаки «помогающего альянса», имеющие относительно низкую прогностическую ценность, — отдельные пациенты с негативными признаками помогающего альянса впоследствии достигают улучшения, тогда как у других улучшение так и не наступает. Более того, вышесказанное предполагает определенный принцип использования техники. Негативные признаки «помогающего альянса» не обязательно означают обреченность лечения на неудачу, а всего лишь указывают на то, что терапевту следует сосредоточить свою работу на негативных проявлениях, поскольку они могут быть задействованы в проблемных взаимоотношениях пациента. Этот технический принцип, видимо,

соответствует принципу Фрейда, в котором, в его вольном толковании, рекомендуется радоваться позитивному переносу и заняться интерпретацией негативного (Freud, 1912a).

ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТУ В ПЕРЕЖИВАНИИ «ПОМОГАЮЩЕГО АЛЬЯНСА»

Обычно переживание пациентом «помогающего альянса» развивается во время совместной работы с терапевтом. Хороший рабочий альянс формируется тогда, когда пациент видит, что терапевт делает все, чтобы ему помочь.

Но иногда «помогающий альянс» нуждается в усилении, и терапевт решает, что это нужно сделать неэкспрессивными методами. Какую технику можно использовать в этом случае? Перечень полезных терапевтических приемов был извлечен из подтипов, содержащихся в методе НА_{CS}, путем трансформации каждого из них в такой терапевтический метод, который мог бы вызвать этот подтип отношений. Таким способом был составлен приведенный ниже список. Этот список вошел в руководство по помогающему поведению терапевта (therapist facilitative behaviors) (TFB_{CS} и TFB_R) (приложение 5).

Методы типа 1*

1. Поддержать пациента в его желании достичь целей терапии. Акцент всегда должен быть на том, что источником целей является сам пациент.

ПРИМЕР:

Т.: Когда вы начинали терапию, вы поставили своей целью снижение тревоги. Вы видите, что мы совместно работаем над этим.

* Тип 1 означает, что терапевт воспринимается как оказывающий помощь, а пациент – как получающий помощь.

2. Передать ощущение понимания и принятия пациента. Фрейд (Freud, 1913) рекомендует «сочувственное понимание» в качестве способствующего продвижению фактора в отличие от морализаторства или «солидарности» с пациентом по какому-либо частному вопросу.

3. Усиление симпатии к пациенту. Симпатия терапевта по отношению к пациенту часто помогает в развитии «помогающего альянса», который, в свою очередь, тесно связан с результатами терапии. Эта связь была обнаружена, например, в исследовании Слоана и его коллег (Sloan et al., 1975). Но поскольку оценка симпатии в этом исследовании проводилась по истечении 4 месяцев терапии, терапевты могли проникнуться симпатией именно к тем пациентам, которые демонстрировали хорошие результаты. Однако верно и обратное: симпатия по отношению к пациенту оказывает определенное влияние на процесс улучшения его состояния. В самом деле, в трех из пяти исследований, где прогнозирование результатов лечения проводилось на ранних фазах, такой позитивный признак, как симпатия, оказался прогностически значимым (Luborsky et al., 1988).

Бывает так, что терапевту пациент не нравится. Путем рефлексии терапевт может осознать, что в этом случае работает контрперенос. Независимо от того, в чем причина отсутствия симпатии, терапевт может скорректировать свое отношение, следуя предложению д-ра Жана Франка (Jan Frank, personal communication, 1951): «Если вы приложите усилия, то обязательно найдете у пациента какую-нибудь черту, которая вам понравится. Весьма полезно искать и находить эту черту». Другой путь к формированию симпатии или хотя бы сочувственного понимания по отношению к пациенту лежит через процессы формулирования проблем взаимоотношений. Через понимание проблем, с которыми сталкивается пациент, терапевт часто приходит к усилению чувства принятия и симпатии.

4. Помочь пациенту сохранить жизненно важные защиты и поведение, которое лежит в основе его уровня функционирования. Продуктивный способ обеспечения поддержки состоит в признании сильных сторон

пациента, в особенности его эффективных защит и эффективного поведения в целом, а также в заверении пациента в том, что благодаря лечению его сильные качества еще более укрепятся (Gill, 1951). Если, например, пациент пытается найти работу или завершить свое образование, терапевт должен быть готов к тому, чтобы вместе с пациентом искать, что может препятствовать этим усилиям. Эта терапевтическая рекомендация существенна для тяжелых пациентов, то есть для тех, чье психическое равновесие вызывает серьезные сомнения. Кроме того, она применима также для тех пациентов, которые могут легко регрессировать и по отношению к которым не рекомендовано применять экспрессивные техники.

ПРИМЕР:

Т.: Я вижу, что вы сами помогаете себе улучшить самочувствие благодаря тому, что активно ищете работу (или «активно стараетесь закончить обучение»).

5. Передать пациенту реалистическую надежду на то, что цели лечения вполне могут быть достигнуты (или по крайней мере готовность продолжать попытки по их достижению). Питать надежды на то, что пациент в ходе психотерапии продвинется в своем развитии, — это не только реалистический, но и весьма продуктивный подход к делу. В его полезности убеждались многие опытные терапевты, среди которых Франк (Frank, 1968), Френч и Вилер (French and Wheeler, 1963), Меннингер (Menninger, 1942, 1963). Часто пациенты приходят на терапию тогда, когда проблемы захватывают их полностью и они чувствуют себя беспомощными и подавленными. Отсутствие надежды усугубляет состояние пациента; если же дать ему надежду, то он с большей вероятностью будет продолжать попытки разрешить проблемы и, таким образом, возрастет успешность терапии. Позитивные ожидания и надежда также являются прогностическими признаками результата психотерапии: этот факт подтверждается в пяти из семи исследований (Luborsky et al., 1988).

ПРИМЕР: МИССИС Н.М.

П.: Каждый раз, когда я пытаюсь позаботиться о себе, случается что-нибудь плохое. Я хотела узнать, как пройти домой с работы другим путем, и на меня напали, чуть не ограбили и не задушили, так что я теперь чувствую страх и беспомощность и вообще не знаю, что будет дальше.

Т.: Теперь вам трудно продолжать делать что-то для себя, поскольку вы установили связь между проявлением заботы о себе и плохими событиями, которые при этом случаются.

Терапевт в своем ответе передает предположение о том, что связь, установленная пациенткой, не является единственно правильной. Поскольку это активно обсуждалось во время сессии, пациентка могла возобновить попытки заботы о себе. Отношение, высказанное терапевтом, определено выражало надежду.

Поддержание у пациента и терапевта надежды на улучшение имеет под собой реальные основания также и потому, что его эффективность подтверждается мета-анализом результатов многочисленных исследований. В этих исследованиях проверялось, действительно ли большинство пациентов достигают своих целей в психотерапии, то есть действительно ли им «становится лучше» (Bergin and Lambert, 1978; Luborsky, Singer and Luborsky, 1975; Luborsky et al., in press; Smith, Glass and Miller, 1980). К счастью, надежды терапевта и пациента на лучшее оправдываются. В те времена, когда пациенты и терапевты одевались более строго и потому были внешне более похожи друг на друга, в клинике Фонда Меннингера рассказывали такую историю. Посетительница, побывав в клинике, рассказывает администратору о своих очень благоприятных впечатлениях, а затем осведомляется: «Но как же вы различаете пациентов и терапевтов? Они так похожи друг на друга». На это администратор отвечает: «Пациентам становится лучше». Этот анекдот правдиво отражает положительные перемены в судьбе большинства психотерапевтических пациентов, так как фиксирует улучшения. Некоторым он может показаться несправедливым по отношению к психотерапевтам, поэтому существует продолжение этого анекдота: та же

посетительница пришла на следующий день и вновь обратилась к администратору: «Наверно, вы знаете не так уж много психотерапевтов. Я тут говорила с другими администраторами, они сказали, что большинство психотерапевтов сами проходят психотерапию, так что им тоже становится лучше».

Два других направления интерпретации результатов исследований опровергают тезис о наличии связи между надеждой на улучшение и результатами психотерапии. Даже при том, что большинство пациентов демонстрируют улучшения, точность прогноза результатов терапии для каждого отдельного пациента очень незначительна (Luborsky, Mintz, Auerbach, Christoph, Bachrach, Todd, Johnson, Cohen, and O'Brien, 1980). Например, терапевту было бы очень трудно сделать прогноз относительно миссис Л. на протяжении первого года, когда прогресс был минимальным. К счастью, и терапевт, и пациентка проявили настойчивость, и пациентка хоть и весьма драматично, но избавилась от тяжелой депрессии, мучившей ее долгие годы. Также было показано, что негативные высказывания пациента о «помогающем альянсе» на ранних стадиях лечения не имеют прогностической силы по отношению к результату терапии, тогда как позитивные высказывания позволяют прогнозировать результаты.

Иногда терапевту трудно поддерживать надежду на улучшение, когда на протяжении долгого периода времени отсутствует какой бы то ни было прогресс. Вот несколько испытанных и верных методов, которые можно использовать в таких случаях:

1. Помните, что такие периоды время от времени неизбежны. Прогресс обычно имеет не гладкий и постепенный, а скачкообразный характер.

2. Верьте, что через некоторое время терапевт и пациент смогут понять, в чем причина недостаточного прогресса. Когда происходит поворот в сторону прогресса, интерес и оптимизм обоих участников процесса, как правило, возрастает.

3. Проанализируйте длительные периоды отсутствия прогресса с кем-либо из коллег. Этот шаг полезен даже для опытных и компетентных клиницистов.

4. Если тупиковое состояние продолжается, подумайте о том, не направить ли пациента к другому терапевту, или пусть сам пациент подумает о том, не сменить ли ему терапевта.

6. При удобном случае выражение признания, что пациент продвинулся по направлению к целям терапии. «Помогающий альянс», который обычно развивается по ходу лечения, можно при удобном случае усилить, если отметить определенные признаки прогресса. Конечные цели терапии невозможно достичь одним мощным броском, для этого нужно переставлять поочередно одну ногу за другой, устраивая время от времени привал, чтобы окинуть взглядом, какая часть пути уже пройдена. Для поддержания мотивации очень помогает отмечать определенные вехи, где можно оглянуться и оценить пройденный путь. Правда, Леонард Вульф в названии своей автобиографии «Путешествие, а не достижение финиша» выражает крайнюю позицию в этом вопросе; название психотерапевтического путешествия должно быть примерно таким: «Множество вех на пути, а не просто прибытие в пункт назначения».

ПРИМЕР:

Т.: Вы отметили, что чувствуете себя не такой депрессивной, как в начале лечения. Вы продвигаетесь по направлению к своей цели.

В экспрессивно-поддерживающей ограниченной во времени психотерапии особенно важно накопить подобные «соглашения» относительно того, что уже достигнуто, чтобы можно было вспомнить о них, когда терапия будет подходить к намеченному по времени концу, но при этом еще не будут реализованы все поставленные цели.

ПРИМЕР (МИСС Н., 32 ГОДА):

Несколько раз в середине психотерапии мисс Н. и терапевт делились друг с другом своими наблюдениями. Хотя главные цели терапии еще не были достигнуты, стало ясно, что у пациентки стало заметно меньше проблем на работе. И даже в отношении главной цели также

имелось некоторое улучшение: хотя она еще боялась мужчин и готова была убежать от них, если те находятся рядом, в целом страх стал гораздо меньше.

7. Стимулирование некоторых пациентов проявлять себя в определенных обстоятельствах. Это полезно именно для тех областей, в которых пациент ждет помощи. Иногда стимулирование лучше всего реализуется путем указания на моменты неспособности к экспрессии и на конкретные темы, при обсуждении которых такие моменты случаются.

МЕТОДЫ ТИПА 2*

1. Поддержка чувства «Мы». Когда терапевт переживает «помогающий альянс», это состояние легко передается пациенту и способствует усилению альянса. Терапевт проявляет свое ощущение альянса множеством прямых и косвенных способов, например, используя местоимение «мы», что отражено во многих примерах, приведенных в этой главе.

2. Проявление уважения к пациенту. Это поведение, противоположное тому, которое заставляет пациента ощущать себя в унижительном положении (например, при выражении иронии терапевта относительно размера оплаты сессий).

3. Проявление признания растущей способности пациента делать то же самое, что делает терапевт, в применении основных инструментов лечения. Терапевт демонстрирует принятие того факта, что пациент постепенно обучается навыкам терапии самого себя.

ПРИМЕР:

Т.: Да, теперь вы понимаете, как мы работаем. И вы, и я используем один и тот же подход и двигаемся в одном направлении. (Это также пример на «чувство Мы».)

* Тип 2 касается опыта работы пациента в команде с терапевтом.

ПРИМЕР:

Далее следует пример сензитивности терапевта по отношению к желанию пациента сказать своими словами то, что он понял: терапевт только что высказал несколько ответных реплик, содержащих его понимание информации, представленной пациентом. При этом пациент всякий раз, соглашаясь, кивал, но без особого энтузиазма.

Т.: Я заметил, что вы киваете в знак согласия всякий раз, когда я говорю, что именно я понял. Я думаю, что вы действительно соглашаетесь. Однако, может быть, вы понимаете то, что вы только что рассказали, немножко по-своему и хотели бы высказать свою интерпретацию.

4. Напоминание о том, что пациент и терапевт пережили совместно. Тем самым пациент и терапевт создают близкий обоим «резервуар» общих переживаний.

ПРИМЕР:

Т.: И вы, и я уже знакомы с проблемами такого типа. Это та же самая проблема, о которой мы говорили, когда... (приводится известное обоим событие).

5. Совместный поиск нового понимания. Тот факт, что совместный поиск нового понимания находится среди поддерживающих техник, может сначала показаться удивительным. Ведь наше руководство по ПЭ техникам построено на дихотомии «поддерживающие техники — экспрессивные техники», и понимание помещено в экспрессивные техники (см. следующую главу). На самом деле поиск понимания иногда может происходить таким образом, что этот процесс не только не огорчает пациента, но и оказывает ему поддержку. Поиск понимания и его нахождение могут иметь громадную поддерживающую ценность для пациента. Кроме непосредственной ценности понимания, сам факт его достижения может рассматриваться пациентом и терапевтом как свидетельство прогресса совместных терапевтических усилий.

ГЛАВА 7. ЭКСПРЕССИВНЫЕ ТЕХНИКИ: СЛУШАНИЕ И ПОНИМАНИЕ

Техники, описываемые в этой главе, называются *экспрессивными*, с их помощью терапевт создает для пациента определенные условия, в которых пациент мог бы выражать свои мысли и чувства, вслушиваться и размышлять над ними с целью последующего осознания и изменения. Так как экспрессивные техники являются основой психоаналитически ориентированной психотерапии, посвященная им литература весьма обширна. В одном из направлений, где используются экспрессивные техники (Wallerstein, Robbins, Sargent, and Luborsky, 1956), предполагается, что экспрессивный компонент терапии следует применять по отношению к пациенту до тех пор, пока он это выдерживает. Экспрессивный компонент будет большим для тех пациентов, которые обладают адекватной силой эго и переносимостью тревоги, а также рефлексией в отношении межличностного взаимодействия.

ДОСТИЖЕНИЕ ПОНИМАНИЯ: ЧЕТЫРЕ ФАЗЫ

Большую часть времени на сессии внимание терапевта должно быть направлено на основную задачу: выслушать то, что сообщает пациент (слушание); оценить это (понимание) и затем принять решение, каким способом можно передать пациенту свое понимание (ответные реакции терапевта). В целом терапевт переживает процесс понимания как переход от одного из этих трех аспектов к другому и третьему плюс еще один: слушание, понимание,

ответные реакции и дальнейшее слушание (в табл. 7.1 определена суть каждой фазы).

ТАБЛИЦА 7.1

Четыре фазы экспрессивной техники

Фаза 1. *Слушание*: чутко слушать, не отрываясь, что говорит пациент. Если вы не совсем понимаете, что происходит и какой должна быть ваша реакция, продолжайте слушать и постепенно поймете.

Фаза 2. *Понимание*: понимание возникает время от времени, здесь необходимо терпение. Понимание состоит в осмыслении намерений пациента и их последствий, то есть терапевту следует понять, как влияют на страдания пациента, в терминах основных симптомов и центральной темы отношений, включая отношения с терапевтом.

Фаза 3. *Ответные реакции терапевта*: сообщить пациенту то, что вы поняли из (1) и (2), таким образом, чтобы это было ему понятно. Не беспокойтесь относительно того, как вы это выскажете, главное — старайтесь четко донести свою мысль.

Фаза 1А. *Дальнейшее слушание*: освободите вновь свое сознание и вернитесь к слушанию, сохраняя открытость по отношению к тому, что говорит пациент, но в то же время не упуская из виду его реакцию на вашу предыдущую реплику.

ФАЗА 1: СЛУШАНИЕ

Существуют различные формы слушания. Они соответствуют трем типам ситуаций, в которых необходима фаза слушания:

1. Эта ситуация возникает чаще всего в начале сессии, когда терапевт довольствуется тем, что слушает свежий материал и удерживает в уме возникшие ранее гипотезы. В ходе этой формы слушания внимание терапевта относительно рассредоточено и не концентрируется на деталях. Фрейд (Freud, 1912b) описывал эту форму внимания как «равномерно распределяемое». Характеризуя установку терапевта во время такого слушания, Фрейд (Freud, 1912b, p.112) говорил: «Ему следует просто слушать и не тревожиться о том, запоминает ли он что-либо». Хотя терапевт неизбежно располагает какими-то предварительными, часто полезными предположениями, основанными на информации

и гипотезах, касающихся данного пациента, к этим предположениям надо относиться как к предварительным, чтобы иметь возможность получить новые впечатления.

Применение метода под названием «психоаналитически ориентированная психотерапия» не означает, что терапевт должен все время искать какую-то особую динамику; напротив, этот метод содержит эмпирический подход, выражаемый в открытом выслушивании информации, предъявляемой пациентом. В противном случае теоретическая модель, имеющаяся у терапевта, была бы препятствием для слушания. Только в отдельных случаях после описанного выше процесса слушания терапевт может осознать, что излагаемое пациентом соответствует определенной теории, однако не следует специально стараться достигать такого соответствия.

2. Данная форма слушания применяется тогда, когда терапевту требуется прийти к обоснованной гипотезе для того, чтобы работать с актуальной темой пациента. Это те случаи, когда терапевт чувствует необходимость построить такую гипотезу, которая дает возможность отреагировать на высказываемое пациентом. Часто гипотеза появляется именно благодаря этой установке.

Однако некоторые терапевты иногда чувствуют, что они вынуждены реагировать прежде, чем поймут смысл сказанного пациентом и, как следствие, их ответная реакция может оказаться ошибочной. Фрейд (Freud, 1912b, p.112) вселяет в терапевта уверенность: «Нельзя забывать, что значение того, что человек слышит, доходит до него, как правило, гораздо позднее». Для процесса терапии вполне естественно, что существуют периоды, когда терапевт еще не понимает высказываний пациента. Терапевт может справиться с возникающим от этого дискомфортом путем напоминания самому себе, что если понимание еще не пришло, то оно придет по мере дальнейшего слушания.

3. Еще одна форма слушания имеет место в тех ситуациях, когда терапевт хочет проверить точность своих гипотез. При этом внимание направлено на то, чтобы услышать в высказываниях пациента нечто связанное с этими гипотезами. Такое слушание служит для подтверждения, отбрасывания или переформулирования гипотез.

В сущности, слушание во всех своих формах представляет собой существенную часть психоаналитически ориентированной психотерапии. По сравнению с другими видами психотерапии, терапевт, применяющий поддерживающую экспрессивную терапию, должен слушать, чтобы сформировать ответные реакции, поскольку он приходит на сессию, не имея предварительно заготовленных реплик. Роль слушания в психоаналитически ориентированной психотерапии точно определена в следующей цитате из Талмуда; там приводится диалог старого и молодого раввинов. Молодой раввин: «Почему человек имеет два уха и один рот?» Старый раввин: »Потому что нам надлежит слушать в два раза больше, чем говорить»*.

Фаза 2: Понимание

Формы слушания, описанные в фазе 1, являются необходимым предварительным условием фазы 2, которая предполагает достижение понимания. В этой фазе терапевт опирается на более рефлексивную, теоретически оценивающую, понимающую установку по мере того, как формируются предположения и гипотезы. Польза изменения формы слушания была показана экспериментально (Spence and Lugo, 1972). И пациент, и терапевт постепенно все лучше и лучше понимают два аспекта высказываний пациента: (1) наиболее выраженные симптомы и психические страдания; (2) их межличностный контекст. Этот контекст состоит как из внутренних, так и из внешних условий, вызывающих и поддерживающих симптомы и психические страдания. Внутренние условия — это вариации центральных конфликтных отношений; к внешним относится поведение других людей, которое воспринимается пациентом через призму его центральных конфликтных отношений.

В поддерживающей экспрессивной ограниченной во времени психотерапии, как и в других краткосрочных фокальных формах терапии, особенно необходимо принимать правильные решения относительно главной темы

* Автор благодарит д-ра Мертона М. Гилла (Merton M. Gill) за указание на этот фрагмент текста Талмуда.

взаимоотношений или какого-либо ее аспекта в ходе первых терапевтических сессий. Это требование связано с тем, что именно здесь находится фокус терапевтических усилий. Достижение понимания того, что именно является главной темой отношений, обычно является интуитивным процессом (например, Mann, 1973), но существует также несколько четких принципов, которые помогают направить интуицию в нужное русло.

Принцип 1. Понимание симптомов в контексте отношений

Появление симптомов или признаков страдания и их изменения на протяжении сессии должны быть в фокусе внимания терапевта и пациента. Причина этого состоит в том, что пациент приходит на психотерапию, чтобы получить помощь — избавиться от симптомов и других проблем, мешающих ему жить и вызывающих страдание. Следовательно, основной задачей терапевта при выслушивании пациента должна быть локализация этих симптомов и сопутствующих страданий, а также понимание причин их возникновения.

Поскольку слово «симптом» используется как некая основная точка, вокруг которой должно концентрироваться внимание терапевта, необходимо определить его значение. В широком смысле мы определяем «симптом» (см. Freud, 1926) как дисфункцию обычно сохранной функции или способности. Например, кратковременное забывание — это дисфункция памяти в том смысле, что обычно мы в состоянии запомнить то, что только что хотели сказать. Подобные симптомы и связанные с ними аффекты, чаще всего тревожность и депрессия, а также их изменения, как правило, проявляются во время терапевтических сессий.

Клинический опыт и клинические количественные исследования методом «симптом-контекст» подтверждают правильность рекомендованной концентрации понимания на симптомах и связанных с ними аффектах. Этот метод применялся по отношению к текущим симптомам, проявляющимся во время психотерапевтических сессий,

таким, как кратковременное забывание (Luborsky, 1967; 1970; Luborsky, Sackeim, and Christoph, 1979), головные боли и боли в желудке (Luborsky and Auerbach, 1969), малые эпилептические припадки (*petit mal*) (Luborsky, Docherty, Todd, Knapp, Mirsky, and Gottschalk, 1979) и внезапные депрессии (Luborsky, Singer, Hartke, Crits-Christoph, and Cohen, 1984). Ниже приводятся два примера, относящиеся к различным пациентам.

ПРИМЕР: МИСС Н.

В своем комментарии терапевт отметил, что у пациентки, после каждого упоминания на сессии о ее привлекательности, возникает сильный аффект печали. На данной сессии, как и на многих других, было установлено, что печаль появляется из-за воспоминаний о том, что пациентка никогда не получала таких признаний от своего отца. Она, с одной стороны, любила отца, а с другой — терпела обиды с его стороны. Обида возникала из-за огромного страха, что она будет навсегда лишена таких комплиментов и близких отношений с женщиной, потому что отношения с женщиной для нее означали то же, что для ее матери, то есть вынужденное состояние постоянного сокрытия своей силы и знаний, чтобы доставить мужчине удовольствие. Ее мать, в отличие от отца, была всегда теплой и поддерживающей по отношению к дочери. В вышесказанном состояли центральные проблемы отношений, поддерживающие основной симптом пациентки — неспособность выносить длительные отношения с женщиной.

Т.: Всякий раз, когда я говорю о том, что вы выглядите привлекательной или имеете успех в работе, вы начинаете плакать.

П. (плача): Я ощущаю себя непривлекательной. Я знаю, что меня отвергнут. Отец никогда не хвалил меня. Я выиграла приз в гонках, а он только и смог сказать, что соревнование было не таким уж значительным. Папа так же ограничивал мать. Ей даже приходилось выбирать слова попроще, когда она разговаривала с ним.

Т.: Я понимаю, поэтому вы чувствуете, что у вас имеются весомые причины, идущие из детства, чтобы чувствовать то же самое со мной.

ПРИМЕР 2: МИССИС Л.

В течение первых десяти минут она говорила с энтузиазмом о своей вовлеченности в различные виды деятельности, например, о своем участии в научной работе. Затем ее настроение начало меняться, она стала менее живой. Речь замедлилась.

Т.: Что происходит?

П.: Я начала чувствовать себя подавленно, когда поняла, что вы теряете ко мне интерес и я оказываюсь в изоляции и ничего не могу с этим поделать.

Т.: Сначала вы чувствовали, что я заинтересован.

П.: Да, но потом вы начали терять интерес. Это обычное дело для человека. То же самое было, когда я рассказывала на занятиях об исследовании, проводимом женщиной, которая лечила диабетиков. А потом объявился какой-то мужчина, который повел себя так, как будто он первым начал это изучать, и продемонстрировал те же результаты на животных.

Т.: Как видите, последовательность событий начинается с хорошего самочувствия, затем вам кажется, что я потерял интерес, и вы начинаете чувствовать себя подавленно и одиноко.

П.: Да, я начала чувствовать себя так, как будто у меня в голове появились тучи. Я прямо ощущаю это физически. Я поняла, что от них можно избавиться, если вести себя активно, — и это срабатывает.

И она опять начала оживленно рассказывать о лечении диабетиков.

В приведенном примере терапевт прокомментировал смещение состояния пациента от спонтанности и энтузиазма в сторону скуки и подавленности, что и было одним из главных первоначальных симптомов. Это смещение постепенно становилось понятным с точки зрения центральной проблемы отношений. Пациентка стала бояться проявлять спонтанность в отношениях с терапевтом. Она также боялась проявлять спонтанность в отношениях со своим другом, а ранее — в отношениях с родителями. Это было центральное фрустрирующее событие, которое она переживала на протяжении своего детства. Пациентка

чувствовала, что то, чего она хочет, не имеет цены по сравнению с тем, что нужно доставить удовольствие родителям, оставаясь спокойной и не показывая своих желаний. Если она настаивала на своих желаниях, ей казалось, что она тем самым обижает родителей, особенно отца, который казался ей хрупким и подавленным, и тогда пациентка начинала чувствовать себя виноватой.

Принцип 2. Внимание к изменениям в «состояниях сознания»

Небольшие изменения состояний пациента в рамках сессии могут отражать сдвиги в более крупных констелляциях. Эти констелляции могут быть названы «состояниями сознания», как они обозначены в системе «конфигурационного анализа» Горовитцем (Hogowitz, 1979), или «факторами интраиндивидуальных черт» (Luborsky, 1953). Такие крупные сдвиги стоит обязательно отмечать, поскольку они усиливают значение тех многочисленных изменений, которые в них входят. Более того, сам контекст этих сдвигов в состоянии пациента часто позволяет выявить их пусковой механизм, что можно проиллюстрировать следующим примером:

Пример: миссис Л.

Когда пациентка сообщила о небольшом смещении в сторону того, что она назвала «тучами», это было лишь частью более широкого сдвига, включающего не только «тучи», но и большую подавленность, ухудшение памяти, недостаточную конкурентоспособность, сниженное настроение и увеличившуюся дистанцию между пациенткой и терапевтом. Терапевт также заметил во время сдвига, что сопутствующие ему «тучи» начались с того, что пациентка перестала настаивать на замене занавесок в кабинете терапевта. Это привело терапевта к заключению, что прекращение настойчивого выражения желаний со стороны пациентки имело важное значение для изменения состояния ее сознания. Когда терапевт это проинтерпретировал, как и в приведенном ранее примере, настроение пациентки улучшилось.

Принцип 3а. Формулирование центральной темы конфликтных отношений (CCRT) клиническим методом

Психоаналитически ориентированным психотерапевтам постоянно приходится формулировать и переформулировать основную тему трансферных отношений и в рамках ее определять основные проблемы отношений. Такие формулировки особенно необходимы при фокальной психотерапии, когда какой-то один аспект отношений выбирается в качестве фокуса терапевтической работы. Указания по поводу того, как обнаружить эти темы отношений, ясно изложены в настоящем руководстве. Они были разработаны в ответ на частые вопросы клиницистов, в том числе и имеющих опыт: «Каким образом это делают самые опытные клиницисты и насколько они согласны между собой?» Вследствие важности этого принципа ниже приводятся три примера. Первые два – это очень типичные клинические формулировки основных проблем отношений, связанных с главными симптомами (Миссис М. и Мистер К.). Третий – это пример клинической формулировки с помощью метода CCRT (Мистер Б.Н.).

ПРИМЕР: МИССИС М.

Основными симптомами пациентки были тревожность и отсутствие сексуального удовольствия. Она чувствовала, что тревожность основана на отсутствии у нее сексуального влечения. Этот пример приведен потому, что в нем пациентка постоянно сообщает о тревоге, которую можно идентифицировать в том контексте отношений, в котором она возникает. Несколько фрагментов, извлеченных из подборки сессий, приведены ниже. При их рассмотрении следует обратить внимание на гипотезы, которые придут вам в голову, касающиеся контекста возникновения тревоги.

П.: Когда я была подростком, в возрасте от 15 до 18 лет, я встречалась с мальчиком, против которого были мои родители, особенно мать. Я думаю, что с ним-то все было в порядке. Я не знаю, почему моя мать возражала против

него. Она никогда не говорила этого. Я продолжала с ним встречаться. Он был первым, с кем у меня были сексуальные отношения. Мы с матерью поссорились, и я сказала, что имею право встречаться, с кем хочу. Она просто опешила. «Я бы никогда не поступила так со *своей* матерью», — сказала она. Я была РАССТРОЕНА и чувствовала себя немного виноватой. Я не знаю, нужно ли мне было чувствовать себя виноватой.

П.: Мы [пациентка и ее муж] подошли к завершающему моменту после любовной игры. Во время игры я чувствовала себя отлично, но потом, когда дошли до основного момента, я почувствовала, что не могу, я не могла сказать, я не могла похлопать его по плечу и сказать: «Хватит». Мне было очень ТРЕВОЖНО и неудобно.

П.: Я сейчас вдруг вспомнила своего первого мальчика. Это было примерно лет в 13. Мы действительно очень нравились друг другу. Я часто представляла себе, как я прикасаюсь к нему, но на самом деле не делала этого. Наши отношения были просто игривыми, и это нас устраивало. Но я бы даже не стала брать его за руку. Мне очень хотелось, но я не могла. Тогда он сказал: «Ты должна», и это вызывало во мне ТРЕВОГУ.

П.: Я хорошо отдохнула в выходные. Провела много времени с [мужем]. С тех пор, как на прошлой неделе он сказал: «Знаешь, мы могли бы проводить много времени вместе и вовсе не обязательно при этом заниматься сексом», мне стало легче. Мы не занимались сексом. Я чувствовала себя лучше оттого, что все хорошо, и больше НЕ РАССТРАИВАЛАСЬ.

П.: Я теперь чувствую себя лучше сама по себе (становится ТРЕВОЖНОЙ и плаксивой), но он [муж] не получает того, чего хочет.

Тему отношений, наиболее очевидную в этих эпизодах, можно сформулировать с точки зрения желаний и их последствий. Желание таково: «Я хочу чувствовать себя свободной и спонтанной»; последствия же таковы: «Если я буду продолжать действовать так же, особенно в сексуальной сфере, то я потеряю контроль над другим человеком, поскольку это превратится в обязанность. От этого мне становится тяжело и я не получаю никакого удовольствия.

Поэтому я избегаю подобных желаний или действий, чтобы не потерять чувство свободы, спонтанности и контроля. Но когда я сохраняю контроль, другой обижается, и это огорчает меня».

Таким образом, в данной теме тревожность появляется дважды: (1) если пациентка теряет спонтанность или чувство контроля, а другой сохраняет контроль, причем ей приходится подчиниться или (2) если она удерживает контроль над тем, чего хочет другой, но тогда она воспринимает другого как «обиженного» или «обездоленного» и лишенного контроля.

ПРИМЕР: МИСТЕР К.

Темы взаимоотношений проявляются на психотерапевтических сессиях. Они особенно отчетливо просматриваются при непосредственном выражении симптома, что подтверждают примеры к принципу 1. Ниже следуют три кратких примера из терапии мистера К., 23-летнего студента-ветеринара, который жаловался на депрессию. Полезно приводить различные примеры, касающиеся одного и того же пациента, поскольку по мере обращения клинициста к многочисленным иллюстрациям понимание темы взаимоотношений становится более четким. После каждого примера делаются определенные выводы относительно темы взаимоотношений; а в конце — клиническая формулировка основного конфликта отношений, основанная на всех трех примерах.

ПРИМЕР 1А:

В этом отрывке после рассказа о своей девушке и о виденном накануне ночью сновидении, в котором речь шла о ней, пациент сказал: «Это меня как-то напрягло, не знаю, почему» (голос падает).

Выражение «напрягло» означает, что пациент чувствовал тревогу; ремарка «голос падает» позволяет предположить, и это подтверждается дальнейшим текстом, что пациент начинает чувствовать себя подавленным. Из последующей части фрагмента ясно, что терапевт внимательно следит за изменениями симптома или, точнее, слабыми изменениями аффекта, поскольку он спрашивает у пациента,

что же начало его «напрягать». Пациент сообщает свою депрессивную мысль: «... парень вроде меня мог бы встретиться с ней, но, понимаете, ... я недостаточно сильный». Пациент, как бы соперничая, сравнивает себя с другим «парнем» и внезапно замолкает. Эта тема, которая, возможно, является составляющей проблем взаимоотношений пациента, проявляется в том, что именно говорит пациент непосредственно перед моментом депрессивного переживания.

Далее следует большая часть примера 1а, содержащая сдвиг в настроении, включая фрагменты из 100 слов перед и 100 слов после происшедшего сдвига:

П.: Я понимаю, что в этом есть б-большая доля правды и что м-м, понимаете, мне — я имею в виду, понимаете, ей либо придется выйти замуж за кого-нибудь... (слабого), либо прожить жизнь с кем-нибудь, невероятно сильным и уверенным в себе и, понимаете, вроде нее или кого-то в точности как она сама, так что они никогда даже не будут общаться ни с кем, кроме таких же активных и поверхностных людей, и никогда не смогут хорошо узнать друг друга. Или еще кого-нибудь [100 слов] вроде меня, но в миллион раз лучше меня. Я имею в виду кого-нибудь, кто хорошо к ней относится, но просто у-ужасно сильный. И не... сильный, я имею в виду уверенный-уверенный в себе. Но она — она — так, я имею в виду, она мне снилась. Понимаете, это не был, не был какой-то такой особенный [сон], это был просто, м-м понимаете, я имею в виду, это был — я не помню, что это было, но это не было что-то необыкновенное и никакого секса там не было и — я не знаю, мы просто разговаривали или что-то вроде этого. МОМЕНТ СДВИГА И вот это — это меня немного напрягло, я не знаю, почему (голос падает) КОНЕЦ МОМЕНТА СДВИГА.

Т.: Что вас напрягло? Прямо сейчас?

П.: Говорить о ней. Да.

Т.: Вы можете уловить, что начало вас напрягать?

П.: Нет, я не помню.

Т.: Это что-то, что вы сказали или подумали?

П.: Я думаю, просто сама мысль о ней. А, я знаю, что это было, знаете, я понял.

Т.: Да.

П.: Это вот что, я сказал, ну ладно, парень вроде меня мог бы встречаться с ней, но, вы понимаете, в миллион раз сильнее. Э, понимаете, как если это я, но я недостаточно сильный. Вот что меня встревожило.

Т.: Да.

П.: Понимаете. Как бы. Я-я имею в виду ну я имею в виду в... понимаете, что что вот вот она и ч... что понимаете, пока какое-нибудь несча... трагедия не случится с ней, понимаете, по какой-то причине она тогда станет слабее [100 слов], тогда, но, понимаете, опять-таки я... поэтому мне плохо, потому что это означает, я... она сильнее меня или ярче меня. Я имею в виду, она ярче меня, я думаю, но, хм-м, э-э, ну вот это, вот то, что тревожит меня, я думаю. Я опять сравниваю. Она резкая. Ладно ...

ПРИМЕР 1б:

П.: ... эта девушка, которая работает в библиотеке, та, что развелась. Я имею в виду, мы как раз собирались пойти пообедать. Мы сходили. И, э-э, понимаете, это плохо, потому что, ну, понимаете, она опытная в сексуальном отношении женщина и, э-э, понимаете, я представляю как она наслаждается при этом, понимаете, и что же мне делать, понимаете, что... Что если она любит меня. Ну, потому что я думаю, что она меня любит. Я имею в виду, понимаете, она думает — она думает, я симпатичный, понимаете. Так что я не знаю (пауза), это как бы проблема (зевает). Но (вздых) (пауза). МАЛЫЙ МОМЕНТ СДВИГА Ну так что, а? Я не знаю, что делать или (голос затихает)

Т.: В данный момент похоже на то, что вам ничего другого не приходит в голову, кроме того, что вы...

П.: Ну, как бы...

Т.: ...собирались сказать.

П.: ...мне от этого плохо.

Т.: От чего?

П.: Когда я ничего не могу сказать, совсем ничего. Я не знаю почему. Вы знаете этого парня Б. (голос повышается) с депрессией?.. (говорит тихо). (Длинная пауза). Так вот что? Я не — я не могу ничего сказать (прочищает горло) (пауза).

Т.: Должно быть какое-то объяснение того, что вы начинаете чувствовать себя плохо, когда вам нечего сказать.

П.: Ну от этого чувствуешь себя...

Т.: И должна быть какая-то мысль, из-за которой вам плохо сейчас, здесь со мной.

П.: Я не могу понять, что это. Если — если это просто м-м, ну я могу говорить об этом, скажем, и если это вот, я-не-могу-говорить как бы, я... мне нечего сказать, то, значит, я плохой, понимаете, я не...

Т.: Угу.

П.: Я вообще-то так не думаю. Потому что это как бы это чувство беспомощности, м-м, бесполезности, что, ну, я здесь как бы ничего не получу, понимаете, потому что, ну, мы ничего не делаем, просто сидим, сижу на своей заднице и, понимаете, сижу и вот — вот все, чего я могу ожидать от этого и поэтому, вот откуда приходит неприятное чувство, я думаю (зевает) (очень тихо) понимаете, вот и все.

Т.: Угу.

П.: Не знаю, что еще.

В последнем примере пациент останавливается перед слабым изменением аффекта и говорит: «Я не знаю, что делать», — и начинает ощущать подавленность. Терапевт задает вопрос и узнает, что пациент упрекает сам себя, потому что ему нечего сказать. Пациент сердится на самого себя за то, что бездействует. Он не может говорить, чувствует себя неполноценным от этого и затем начинает чувствовать подавленность, потому что невозможность говорить связана для него с неполноценностью. Он, вероятно, чувствует себя неполноценным и с «той, которая развелась». Пациент близок к тому, чтобы поговорить также о сходной проблеме, возникшей в отношениях с терапевтом. Он пытается сократить дистанцию с терапевтом, спрашивая, знаком ли терапевт «с этим парнем Б.» Проблема состоит в том, что пациент чувствует, что не получает признания со стороны терапевта. Он видит, что терапевт не прошел испытания на качество взаимоотношений, и подтверждает это: «Мы ничего не делаем, просто сидим». Терапевту следовало бы при этом более глубоко исследовать чувства пациента, относящиеся к их взаимоотношениям. Пациент не только чувствует себя неполноценным,

но он также ощущает, что терапевт ничего не делает для повышения чувства полноценности и, следовательно, решает, что терапевт сам неполноценен.

ПРИМЕР 1в:

Этот пример демонстрирует последовательность слушания, за которой следует понимание контекста изменения симптома:

П.: Ну, я не знаю. Вероятно, мне просто плохо от этого. Я не хотел ссориться с ним (то есть с отцом).

Т.: Но это именно то, что вы сделали. Вы чувствовали, что вам должно становиться плохо всякий раз, как вы думали о том, чтобы поставить его на место.

П.: Угу, но я никогда этого не делал.

Т.: Вы никогда этого не делали, но часто хотели сделать.

П.: Хм, нет, я не думаю, что я когда-нибудь хо... думал об... Понимаете, я не... в смысле... никогда и не было ничего такого, чтобы ссориться. Ну вообще-то было кое-что — причины для ссор, ну ладно, я думаю, я... я его сейчас иногда ненавижу, но (вздыхает), в смысле, он никогда не делал ничего гнусного. Он был бесполезным. Он делал деньги. В смысле, все в порядке, я буду воспринимать его в е... его историческом контексте и, и ля-ля-ля и Великая депрессия и нечего кушать и все это дерьмо... Но я — я — я не знаю. МОМЕНТ СДВИГА Это — это смущает меня. Мне как-то не слишком хорошо от этого.

Т.: Почему же?

П.: Я не знаю, потому что мне сейчас снова не по себе.

Т.: Ну, а что же, что вы сказали такое, отчего вам сделалось не по себе?

П.: Потому что все это вернулось снова и депрессия опять, когда я не, я был в полном ауте 10 процентов времени.

Т.: Так оно и было. Тогда попробуйте понять, что заставило вас снова почувствовать депрессию.

П.: Полагаю, что-нибудь связанное с моим отцом.

Т.: Да.

П.: Я не знаю. Я ссорился с ним или что-нибудь в этом роде.

Т.: Да.

П.: Что я ненавидел его.

Т.: Да. Да.

П.: Почему я должен был чувствовать себя виноватым за...

Т.: Да.

П.: ...ненависть к нему?

Т.: Да.

П.: Ну, я полагаю, так и надо. Нужно любить своего отца, и все прочее.

Т.: Верно. Угу. И поэтому если вы ненавидите его, и ссоритесь с ним, и ставите его на место, то потом чувствуете себя подавленным из-за всего этого.

П.: И вот поэтому я чувствую себя так со всеми мужчинами.

Т.: Включая мужчину, который говорит сейчас с вами.

П.: Да.

Пациент чувствовал себя подавленно во время сессии, затем постепенно начал выходить из этого состояния вплоть до тяжелого момента в приведенном примере — *момента сдвига*, после которого пациент вновь почувствовал подавленность. Терапевт заметил это изменение симптома и обратил внимание на контекст, в котором возник сдвиг. При этом обнаружилось, что перед сдвигом пациент сердился на своего отца за то, что тот не мог вызывать у него восхищения. Перед самым сдвигом пациент начал явно чувствовать себя виноватым за гнев по отношению к отцу.

Как было показано в приведенных выше случаях, тема взаимоотношений проявляется все более ясно после рассмотрения дополнительных примеров. Во всех примерах пациент сравнивает себя с другими людьми, обычно мужчинами. Затем он обычно чувствует себя неполноценным или приходит к выводу, что другой человек неполноценен. В примере 1а сдвиг депрессивного настроения появился после мысли «Я недостаточно сильный, чтобы соперничать с этим парнем из-за девушки». В примере 1б сдвиг происходит, когда пациент сравнивает себя с женщиной, более опытной в сексуальном отношении, чем он, и он опять не может защититься от чувства неполноценности. Затем пациент замолкает и начинает чувствовать себя

неполноценным по отношению к терапевту из-за своего молчания, которое означает для него неспособность сказать что-либо. В примере 1в сдвиг происходит, когда пациент хочет принизить отца, считая его неполноценным. Затем он упрекает себя за враждебность по отношению к отцу и начинает чувствовать подавленность. Суть главной темы взаимоотношений можно выразить в форме, принятой для формулирования центральной темы. В этих трех примерах для мистера К. и в других примерах из его же сессий тема взаимоотношений, перефразированная от первого лица, звучит так: *Желание*: «Я хочу чувствовать себя полноценным по сравнению с другим человеком, обычно мужчиной». *Следствия*: «Я болезненно убежден в своей неполноценности. Иногда я начинаю упрекать самого себя за то, что хочу принизить кого-то другого, например отца, и тогда начинаю чувствовать подавленность». По существу, эта формулировка содержит в себе главный симптом и главный контекст взаимоотношений, в котором он проявляется.

Принцип 3б. Формулирование темы взаимоотношений методом ССРТ

При формулировании тем взаимоотношений фокус внимания клинициста не ограничен пониманием контекста симптомов и связанных с ними страданий; терапевт, как правило, сосредоточен на нахождении паттерна взаимоотношений пациента с окружающими. Применительно к психотерапевтической сессии вариант такого подхода можно проиллюстрировать методом ССРТ (см. пример в приложении 4 и более подробно: Luborsky, 1977; Levine and Luborsky, 1981).

Этот метод, в сущности, уникален, так как позволяет вскрыть принципы клинических оценок, лежащих в основе формулирования тем взаимоотношений. Он представляет собой объективный, количественный способ изучения действий клинициста. Кроме того, метод впервые предлагает исследователю относительно строгий способ формулирования тем взаимоотношений на материале

психотерапии, а также дает возможность определить согласованность мнений различных клиницистов.

В настоящее время существует несколько подобных методов. Конфигурационный анализ (Horowitz, 1979) — это система, вбирающая в себя CCRT и описывающая изменения в психотерапии. Другой относительно близкий к CCRT метод — это схема кодирования с целью оценки переживания пациентом своих отношений с терапевтом (Gill and Hoffman, 1982a). Система показателей улавливает прямые и косвенные высказывания, относящиеся к взаимоотношениям; разделение высказываний на прямые и косвенные основано на том, принадлежат ли высказывания пациенту или терапевту или же выводятся экспертами. Есть и еще одна методика, более близкая CCRT. Она используется для формулирования «бессознательного плана» пациента на основе оценки клиницистами первых психотерапевтических сессий (Weiss and Sampson, 1984). Некоторые исследования были сосредоточены на выявлении степени интенсивности переноса (Luborsky, Graff, Pulver and Curtis 1973), а не на обнаружении темы взаимоотношений, как это делается в CCRT.

Метод CCRT преодолевает недостатки других клинических методов, применяемых для формулирования центральной темы взаимоотношений, в следующих сферах:

1. Единица анализа и оценки может быть ограничена «эпизодами взаимоотношений» в рамках сессии и не распространяться на всю сессию полностью. Эпизоды взаимоотношений — это нарративы о взаимодействии пациента с другими людьми, которые он воспроизводит по ходу сессий. Использование таких эпизодов упрощает задачу выявления центральной темы конфликтных отношений.

2. Центральная тема конфликтных отношений выражается в стандартной форме как некая фраза, содержащая два главных компонента (фиг.7.1): изложение желания, потребности или намерения пациента, например: «Я хочу того-то от (некоторого человека)», и изложения последствий попытки удовлетворить это желание по отношению к этому человеку, например: «Но меня это огорчает» (последствия для «я») или «Но меня отвергают» (последствия со стороны «другого»). В терминах Фрейда центральная

СХЕМА 7.1.

Форма бланка для формулирования центральной темы
конфликтных отношений

<i>Желания, потребности, намерения</i>	<i>Последствия</i>
<p>Ж: «Я хочу от объекта»:</p> <p><u>А. (В общем)</u></p> <p>1. <u>(В частности)</u></p> <p>2. <u>(В частности)</u></p> <p>3. <u>(В частности)</u></p> <p><u>Б. (В общем)</u></p> <p>1. <u>(В частности)</u></p>	<p>Негативная реакция объекта</p> <p>а. _____</p> <p>б. _____</p> <p>в. _____</p> <p>Негативная реакция Я</p> <p>а. _____</p> <p>б. _____</p> <p>в. _____</p> <p>Позитивная реакция объекта</p> <p>а. _____</p> <p>б. _____</p> <p>в. _____</p> <p>Позитивная реакция Я</p> <p>а. _____</p> <p>б. _____</p> <p>в. _____</p>

тема конфликтных отношений может интерпретироваться как восприятие пациентом определенных опасных ситуаций, возникающих в отношениях с людьми (Freud, [1926], 1959). Опасные ситуации, как правило, связаны с ожидаемым или пережитым в прошлом состоянием беспомощности и, следовательно, с переживанием тревоги. (Типы компонентов перечисляются в порядке убывания от наиболее часто встречающегося.)

3. Задача клинического эксперта при формулировании ССРТ заметно упрощается благодаря нахождению компонентов, преобладающих по частоте встречаемости. После двукратного прочтения эпизодов взаимоотношений клинический эксперт сможет выделить тему, которая проявляется в эпизодах взаимоотношений наиболее часто.

Пример использования этого метода в работе с пациентом Б.Н. приводится в приложении 4. После чтения фрагментов сессии читатель может попробовать воспользоваться этим методом, следуя данным в приложении указаниям, заполнив бланк ССРТ и сравнив свои результаты с уже заполненным суммарным итогом ССРТ.

Принцип 4. Внимание ко всем сферам триады взаимоотношений

Чтобы получить завершённую картину главной темы, необходимо проанализировать ее проявление в трех сферах: (1) текущее взаимодействие пациента с терапевтом в ходе лечения; (2) текущее взаимодействие вне ситуации лечения — в семье, с друзьями, коллегами и т.п.; (3) прошлые взаимодействия, в особенности касающиеся родительских фигур. Два из приведенных выше примеров иллюстрируют применение принципа «триада/сфера». Они показывают, каким образом внимание терапевта может и должно переключаться с одной сферы на другую (Menninger and Holzman, 1973). Пациент может прийти к более глубокому осознанию проблем во взаимоотношениях с другими, если увидит, как они проявляются во всех сферах. Тогда пациент будет в состоянии признать эту проблему и отнестись к ней как к «своей».

ПРИМЕР: МИСС Н.

Терапевт сначала соотносит поведение вне терапии (например: «Вы стараетесь хорошо выполнять свою работу») с поведением во время терапии (например: «Вы начинаете плакать, когда я говорю о вашей привлекательности»). Таким образом, пациентка лучше понимает свое беспокойство после того, как она спонтанно обращается к третьей сфере, а именно к своим отношениям с отцом: «Отец никогда не мог смириться с тем, что я привлекательна». Содержание этих трех сфер отражает главную тему взаимодействия: *Желание*: «Я бы хотела найти подходящего мужчину, который обеспечит мне физическую и эмоциональную поддержку, в которой я нуждаюсь»; *Следствие* (реакция Я и других): «Но я не должна этого делать, потому что я независима, я не могу этого сделать, потому что меня отвергнут, и мужчина не сможет обеспечить мне такую поддержку».

ПРИМЕР: МИСТЕР Л.

В этом примере опять же имеет место перемещение внимания с одной сферы на другую. Пациент с вооду-

шевлением говорил о своей текущей деятельности вне терапии, например: «Я с удовольствием подбираю картинки для ежегодника». Терапевт, заметив сдвиг, говорит: «Что сейчас происходит?», привлекая тем самым внимание к происходящему в ходе сессии изменению настроения: от воодушевления к депрессии. Наконец, третья сфера, его прошлые отношения с родителями, также помещаются в фокус внимания, например: «Мои родители не стали бы меня слушать». Здесь опять, как и в предыдущем примере, каждая из сфер частично отражает главную тему взаимоотношений: *Желание*: «Я хочу быть в состоянии достичь успеха и получить признание»; *Следствие*: «Но я не должен этого делать и не буду, в частности, потому, что это может обидеть отца или брата».

Нет необходимости из раза в раз в течение одной и той же сессии помещать в фокус все три сферы, хотя иногда это бывает полезно. То, что мы ранее назвали «избыточностью темы», по отношению к трем сферам представляет собой частичное совпадение; его содержание помогает решить, что именно охватывается ССРТ. Метод хорошо иллюстрируется с помощью диаграммы (рис. 7.2), а также двумя приведенными выше примерами и особенно тремя примерами из терапии мистера К.



Рис.7.2. Триада сфер взаимоотношений с центральной темой конфликтных отношений в точке пересечения

Одна из трех сфер – текущие отношения пациента и терапевта – обладает наибольшим потенциалом терапевтического воздействия, поскольку данное взаимодействие разыгрывается «здесь-и-теперь» (Gill, 1979). Терапевту следует быть очень внимательным к отношениям «терапевт-пациент», потому что колебания или изменения в этих отношениях представляют собой центральную арену для актуализации и возможного разрешения проблем взаимодействия пациента. Терапевту следует помнить, что если пациент необычайно обеспокоен или расстроен, и особенно если это состояние начало проявляться на одной из сессий, причина его может лежать в текущих взаимоотношениях, трансферных или реальных. В общем и целом текущие отношения с терапевтом, отношения вне терапии и соответствующие ранние отношения скорее всего являются отражением паттерна переноса или, иначе говоря, переживаемой актуализацией центральной темы конфликтных отношений в текущих отношениях (это показано в нескольких предыдущих примерах).

Способность определить триаду сфер взаимоотношений Хольцман (Holzman, 1965) указывает на ценность одновременного использования другой триады. Терапевту следует прислушиваться к согласованности тем в трех временных планах: (1) между различными аспектами данной сессии; (2) между аспектами данной сессии и предыдущей; (3) между первыми двумя сессиями и дальнейшим ходом терапии.

Принцип 5. Дополнительный анализ материала порождает более глубокое понимание

Клиницистам хорошо известно, что дополнительный анализ материала с супервизором или без него порождает более глубокое понимание. Анализ материала можно проводить до сессии, во время нее или после. Согласно Хольцману (Holzman, 1965), такой анализ одной или нескольких предыдущих сессий полезно проводить перед очередной встречей с пациентом, чтобы освежить в памяти прошлый материал. Анализ осуществляется с помощью заметок, которые делаются по ходу процесса и содержат особенно

запоминающиеся моменты сессий, кратко отражая их суть. Кроме того, анализ сессий можно проводить и без помощи записей (как это описано в главе 4).

Суть сессии описывается абстрактно, что позволяет сохранить наиболее широкий взгляд на процесс терапии. Постоянное хранение в памяти того, что произошло между пациентом и терапевтом на предыдущих сессиях, может быть очень полезным для терапии. Конечно, это можно делать и без постоянного обращения к записям. Как часто отмечают терапевты, даже если в начале сессии терапевт не помнит, на чем пациент остановился в прошлый раз, то как только он начинает говорить, у терапевта происходит актуализация прошлого материала.

Польза ретроспективного просмотра, анализа и обзора подчеркивается Рудольфом Экштейном (Rudolf Ekstein, *personal communication*, 1951) в истории об одном из видов ворон, которые летают задом наперед. Как-то раз находящиеся по соседству птицы попросили ворон объяснить, почему они так странно себя ведут. Те прокаркали в ответ: «Да нам просто интереснее смотреть, откуда мы летим, чем куда». «И кроме того, — добавила одна ворона после некоторого раздумья, — у нас лучше получается лететь вперед, если мы смотрим назад (мы видим, где мы только что были)».

В то же время наличие «повестки дня», состоящей из намерений, сложившихся под воздействием анализа предшествующих сессий, может *иногда* оказаться помехой. Такие намерения, возможно, следует сдерживать, чтобы они не нарушали установку на непредвзятое слушание в ходе сессии. Если новая сессия становится сценой для дальнейшего воплощения этих намерений, то «повестка дня» будет, разумеется, выполнена. Если нет, то лучше следовать за тем, что происходит во время настоящей сессии.

Принцип 6. Отношение к симптому как к разрешению проблемы или как к попытке справиться с ней

Симптомы можно понимать как ошибочные и дорогостоящие попытки разрешения проблемы, обычно касающей-

ся взаимоотношений. Подход к симптому как к попытке разрешения проблемы и использование такого языка в разговоре с пациентом очень полезно и для пациента, и для терапевта. Одно из достоинств формулирования центральной темы конфликтных отношений в терминах желаний и их последствий состоит в том, что оно приводит пациента и терапевта к мышлению в терминах ошибочного разрешения проблемы. После того как выделена тема «желание-последствие» и последствие осмыслено как пробное решение проблемы, дальнейшее слушание позволит выявить другие альтернативные решения. Для пациента лучше всего самому прийти к альтернативным решениям, но если он не обозначает их отчетливо и явно, то это следует сделать терапевту. Теоретически всегда существует множество возможных решений; практически же бывает довольно трудно сказать, какое именно решение сможет принять пациент.

ПРИМЕР: МИСТЕР Г.Е.

Изначально главными симптомами пациента были переедание, избыточный вес и навязчивая мастурбация. Его центральная тема отношений состояла в следующем: *Желание*: «Хочу, чтобы обо мне заботились»; *Последствие*: «Я знаю, что не получу этого, поэтому незачем стараться». Более того, он говорил: «Зачем же стараться избавиться от симптомов? Они дают более надежную поддержку, чем прямые попытки получить то, чего я хочу». После того как эта тема была проанализирована, последующие мысли пациента содержали несколько попыток решения. Первая состояла в том, чтобы усилием воли отказаться от симптоматического поведения. Пациент отверг ее, заявив, что не в состоянии это сделать. Действительно, его возмущал такой способ решения проблемы. Вторая попытка решения состояла в том, чтобы перестать хотеть чего бы то ни было от кого бы то ни было. Пациент решил, что время от времени он это проделывал и ему это тоже не нравится. Третье решение состояло в том, что пациент снова попытается прекратить симптоматическое поведение, но так, чтобы он мог сочетать осуществление самоконтроля с прямыми попытками получить то, что ему нужно от других. Это решение он счел действенным для себя.

Принцип 7. Внимательное отношение к тому, как пациент воспринимает поведение терапевта

Вряд ли все реакции пациента на терапевта основаны на ошибочном восприятии, возникающем вследствие видения терапевта сквозь искажающие линзы ССРТ пациента. Поведение терапевта часто воспринимается вполне достоверно, хотя пациент может интерпретировать его с точки зрения своей ССРТ. Соотношение вкладов пациента и самого терапевта в своеобразие восприятия терапевта пациентом может варьироваться в разных случаях — от тех ситуаций, в которых доля пациента велика, до случаев, где велика доля терапевта. В терапевтических целях в каждой отдельной ситуации для терапевта может быть полезно распознавать идущую от него самую информацию. (Этот принцип, таким образом, представляет собой также и принцип формулирования ответных реакций и отношения к соответствующему разделу.)

ПРИМЕР: МИСС Х.

(На самом деле это шутка, принятая среди психотерапевтов, которая служит для иллюстрации описанной выше точки зрения.)

Пациентка позвонила как-то раз своему терапевту ранним утром. Она была очень расстроена и сказала, что ей нужно увидеться с ним немедленно, хотя ей известно, что до времени их обычной встречи еще несколько часов. Он назначил ей более раннее время, и в ходе этой встречи произошел следующий диалог:

П.: Мне приснился очень тревожный сон, поэтому мне нужно было немедленно увидеться с вами. Я выпила на завтрак кока-колу, надела пальто и вот я здесь. Сон был такой. Некто привиделся мне во сне. Это было очень страшно. Я посмотрела ему в лицо. Это было лицо моей матери. Затем я посмотрела с обратной стороны, и на обратной стороне было ваше лицо. Я должна знать, что это значит!

Т.: (пауза) Вы выпили на завтрак кока-колу! И это вы называете завтраком!

Это, конечно, апокрифический пример. Он демонстрирует реакцию пациента, в значительной степени обусловленную поведением терапевта. Нам неизвестно, способен ли был терапевт распознать идущую от него стимуляцию. Можно предположить, что он был не в состоянии это сделать.

Следующий пример показывает, как полезно отличать *восприятие* пациентом поведения терапевта от *интерпретации* пациентом этого поведения. Такое различие обычно делается с помощью анализа готовности пациента рассматривать происходящее в терминах ССРТ. Полезность распознавания и выявления роли терапевта в реакциях пациента подчеркивают также Гилл и Хоффман (Gill and Hoffman, 1982). Они описывают технику кодирования, фокус которой приходится на «важный первый шаг в анализе переноса: распознавание и исследование предсознательных моментов в привязывании трансферных идей к моменту «здесь-и-теперь». Близкой к этой схеме является точка зрения, согласно которой в «здесь-и-теперь» существует основа для возникновения идей пациента относительно терапевта» (р. 166).

ПРИМЕР: МИССИС Л.

Миссис Л. хотелось, чтобы терапевт сменил занавески в своем кабинете. Занавески «подавляли» ее «отсутствием изменений». Пациентка еще на ранних сессиях упоминала о том, что ей хочется этого, но занавески оставались прежними. Пациентка усмотрела в этой «безответности» со стороны терапевта признак того, что терапевт не собирается обращать внимание на ее желания. Более того, она также проинтерпретировала такое поведение терапевта как неодобрение ее настойчивости и стремления к соперничеству. Высказав все это, пациентка погрузилась в мрачное настроение, уже не понимая, почему она пришла на терапию и зачем ей это нужно. Терапевт признал тот факт, что занавески остались прежними, но при этом отметил, что пациентка проинтерпретировала поведение терапевта как такое же неодобрение инициативы и настойчивости, которое она встречала со стороны родителей. После этого настроение пациентки улучшилось, и она стала более активной и заинтересованной.

ПРИНЦИПЫ ФОРМУЛИРОВАНИЯ ЗАКЛЮЧЕНИЙ

Теперь, когда мы обсудили отдельные принципы понимания основного содержания высказываний пациента, было бы интересно и полезно отойти от них и вывести общие принципы, которые помогают клиницистам делать какие-либо выводы. К трем наиболее надежным и часто применяемым в описанных примерах принципам относятся следующие:

Принцип 1. Внимание к избыточности

Это наиболее часто применяемый и полезный принцип. Когда пациент демонстрирует более одного случая какого-либо поведения, например, проявление симптома в разных контекстах, то принцип избыточности может помочь пониманию. Рассматривая последовательность контекстов, можно обнаружить значимую избыточность в компонентах тем взаимоотношений. В первом примере, касающемся изменения настроения мистера К., пациент разговаривает с мужчиной о соперничестве из-за женщины, порождающем у него огромное чувство неполноценности. В следующем примере, связанном с изменением настроения, пациент также чувствует неполноценность по отношению к своему отцу и в то же время обесценивает отца. Применяя принцип избыточности к этим примерам, можно увидеть, что и в том, и в другом случае тема взаимоотношений включает сравнение с другим мужчиной или конфликт с ним, при этом пациент чувствует собственную неполноценность и обвиняет себя.

Принцип 2. Внимание к временной смежности

Этот принцип широко применяется для достижения понимания во многих ситуациях. Он означает, что если две мысли следуют одна за другой, то между ними может быть причинная связь. Кроме того, чем чаще они идут одна за другой, тем более вероятно, что причинная связь существует. Временная смежность может иметь место между

последовательно высказываемыми мыслями или между компонентами обычной последовательности «симптом-контекст»: (1) предвестниками возникновения симптома (предсимптомами); (2) проявлением симптома; (3) последствиями проявления симптома (постсимптомами).

Принцип 3. Внимание к изменению состояния

Работа психологического аппарата обычно лучше видна во время изменений, чем в статическом состоянии. Этот принцип используется в случаях с изменениями депрессивного настроения (Luborsky et al., 1984) и в методе Горовитца, Мармара и Вилнера (Hogowitz, Marmar, and Wilner, 1979; Hogowitz, 1979) для анализа изменений состояния в ходе психотерапии. Наконец, он со всей очевидностью проявляется в новой области — «теории катастроф» (Berlinsky, 1978) — для исследования радикальных изменений состояний как в психологических, так и в физических системах.

ГЛАВА 8. ЭКСПРЕССИВНЫЕ ТЕХНИКИ: ОТВЕТНЫЕ РЕАКЦИИ ТЕРАПЕВТА И ДАЛЬНЕЙШЕЕ СЛУШАНИЕ

ФАЗА 3: ОТВЕТНЫЕ РЕАКЦИИ ТЕРАПЕВТА

После слушания (фаза 1) и достижения понимания (фаза 2), терапевт, преследующий экспрессивные цели, может дать интерпретацию поведения пациента (фаза 3). На этом этапе, а также на этапе дальнейшего слушания после ответных реакций терапевта (фаза 1А), терапевту следует опираться на определенные принципы. Фаза слушания, за которой следует фаза понимания, как правило, дает много больше, чем необходимо для ответа терапевта. Выбирая и формулируя свои ответные реакции, терапевт должен ориентироваться на три момента: что именно сказать, как это сказать и когда сказать. Первые 7 из 13 перечисленных ниже принципов относятся к первому моменту. Они являются наиболее существенными, и все семь связаны с первым принципом. Из них 1-й, 2-й и 3-й принципы — самые важные, они помечены *.

Принципы формулирования ответных реакций терапевта

**Принцип 1. Реакция терапевта должна затрагивать один из аспектов главной проблемы отношений и периодически связывать этот аспект с одним из симптомов*

В первом принципе поднимается вопрос: что должен говорить терапевт? По существу, этот принцип гласит:

1) Каждая реакция терапевта должна касаться одного из направлений главного паттерна отношений или сути

самого паттерна. Переживание терапевтом процессов слушания и понимания напоминает поиск по ходу сессии «красной нити» (если воспользоваться аналогией д-ра Эллен Берман). Эта нить заметна лишь время от времени. Когда она появляется вновь, это вызывает удивление, связанное с новым открытием чего-то хорошо знакомого или с удовлетворением от более глубокого понимания. Красная нить — это метафора клинической формулировки центральной проблемы. Более объективную формулировку проблемы может дать метод центральной темы конфликтных отношений, поскольку он представляет собой объективный метод нахождения фокуса терапевтического воздействия.

2) Для анализа нужно выбрать те аспекты CCRT, которые наиболее близки к осознанию пациентом (8-й принцип) и не вызывают слишком сильных защитных реакций (Bibring, 1954; Glover, 1955).

3) Некоторые из ответных реплик терапевта следует связывать с основным симптомом или источником страдания, особенно если об этом шла речь на текущей сессии.

ПРИМЕР:

Это пример из серии сеансов терапии мистера К., представленной ранее в главе 7 «Понимание»:

Реакция терапевта, возникающая каждый раз при смене настроения, была прежде всего направлена на то, чтобы привлечь внимание к факту происшедшего изменения. То, что пациент говорил сразу вслед за этим, давало возможность пациенту и терапевту отметить мысли, которые связаны с изменением в настроении. (1) В первом примере мысли пациента касались его неполноценности по сравнению с другим мужчиной в возможности добиться желанной женщины. Для данного пациента это один из аспектов главной темы взаимоотношений, вполне доступной осознанию в настоящий момент. (2) Во втором примере первоначальная реакция терапевта также была направлена на то, чтобы прокомментировать тот факт, что пациент только что пережил изменение настроения. В этот момент пациент начинает размышлять и понимает, в чем состоит конфликтный аспект отношений: «Мне нечего сказать,

и поэтому я плохой», то есть в ощущении неполноценности. Терапевт задает вопрос о том, какая связь существует между двумя переживаниями — утверждением «Нечего сказать» и самообвинением «Я плохой». (3) В третьем примере терапевт снова указывает на изменение настроения, и снова пациент исследует свои мысли, связанные с изменением настроения. Терапевт вновь задает вопрос о взаимосвязи высказываний и настроения, и пациент приходит к пониманию того, что когда он говорит об агрессии, которую он испытывает к отцу из-за его неполноценности, то сразу начинает чувствовать себя плохим из-за собственной злости. Такая последовательность высказываний ведет к возвращению депрессии.

В трех фрагментах показано также, что после того как главная тема отношений сформулирована и терапевт отреагировал замечанием об изменении симптома во время сессии, начинает проявляться более широкий круг тем, связанных с симптомом. Одна из них показана во втором примере: когда пациент говорит о своей неполноценности, он связывает ее с неспособностью говорить. Затем он приходит к мысли: «Мы оба ничего не делаем», подразумевая, что терапевт также неполноценен. Эта идея проявляется еще более отчетливо в третьем примере, где другой человек — отец пациента — уже напрямую оценивается как неполноценный. Дополнением к этой теме является то, что свою собственную неполноценность пациент приписывает и отцу, и терапевту. Этих людей он считает ответственными за то, что они не дают ему чего-то, благодаря чему он смог бы почувствовать себя более полноценным.

Как следует действовать терапевту, работающему в рамках поддерживающей экспрессивной терапии, которая предполагает пристальное внимание к проявлению симптомов и связанному с ними страданию, если эти проявления во время сессии неочевидны? Один ответ может быть таков: принцип формулирования ответных реакций от этого существенно не меняется. Терапевт может обращаться к содержанию сессии, привязывая его к ранее заявленным симптомам и переживаниям страдания; другой ответ: нет необходимости всегда связывать проблемы взаимоотношений с симптомом.

ПРИМЕР: МИСТЕР Х.

Пациент говорит о сверхбольших нагрузках на работе, но теперь, в отличие от прежнего состояния, это не является для него источником тревоги; он справляется с нагрузкой очень хорошо. Большая часть того, что он говорит во время сессии, относится к проблемам, поднимаемым на предыдущих сессиях, когда он не мог как следует справиться с нагрузкой.

На этой сессии терапевт и пациент придерживаются курса на обнаружение признаков улучшения и сопоставления их с теми отношениями пациента с родителями и женой, которые ранее усугубляли ситуацию на работе, создавая ощущение растущего давления со стороны окружающих.

**Принцип 2. Терапевту следует постоянно распознавать центральную тему конфликтных отношений, поскольку это облегчает проработку*

Услышав о первом принципе формулирования ответных реакций, один терапевт-стажер спросил: «Что же еще можно сказать пациенту после того, как ему однажды проинтерпретировали центральную тему конфликтных отношений?» Однажды к Фрейду ([1914] 1958) обратился терапевт с этим же вопросом; в своем ответе Фрейд подчеркнул необходимость проработки центральных проблем взаимоотношений в переносе. В работе «Воспоминание, повторение и проработка» (Freud, [1914], 1958) Фрейд определяет проработку как процесс, который способствует изменению пациента в ходе терапии благодаря предоставляемым возможностям вновь пережить проблемы отношений по мере их проявления в трех сферах, и особенно в сфере отношений с терапевтом, то есть в переносе.

Проработка способствует продвижению пациента, которое выражается в следующих аспектах:

а. Расширение способности распознавать проявление центральной проблемы отношений. Такое понимание необходимо, поскольку проблемы взаимоотношений обычно возникают вновь и вновь в различных ситуациях.

б. Расширение способности к различению того, что сам пациент привносит в возникающие проблемы

взаимоотношений, и вкладов в эти проблемы других людей и обстоятельств.

в. Признание главенствующей роли центральной проблемы отношений. Как сказал один пациент, решающий момент в овладении центральной проблемой взаимоотношений — это «признание ее неограниченных возможностей проявляться вновь и вновь».

г. Расширение осознания того, каким образом центральная проблема взаимоотношений связана с другими проблемами.

д. Более глубокое постижение истоков возникновения проблем отношений. В примере с мистером К. в главе 7 проблема взаимоотношений могла возникнуть из-за представления пациента о неполноценности отца и идентификации с ним.

е. Более глубокое понимание того, как проблемы отношений выполняют функцию увековечения самих себя, так что человек начинает получать от их некую «вторичную выгоду». Пережив несколько раз заново проблемы отношений, пациент естественным образом приходит к исследованию того, почему их существование приносит ему выгоду.

ж. Пациенту становится доступен более широкий выбор решений при работе с проблемами отношений. Нет ничего удивительного в том, что даже после длительных периодов проработки проблемы взаимоотношений остаются вполне узнаваемыми, поскольку они, как правило, глубоко внедрены в поведение пациента. К счастью, пациент обычно приобретает большую власть над ними, особенно в части последствий возникающих желаний, таких, как снижение поведенческих реакций, наносящих ущерб самому пациенту.

ПРИМЕР: МИССИС М.

Центральной темой отношений миссис М. было: «Я хочу быть свободной в отношениях, но когда я в них погружаюсь (в особенности это касается секса), то теряю контроль». По мере продолжения лечения эта тема оставалась для пациентки наиболее значимой, но постепенно приобретала все более четкие очертания. По ходу терапии

появились другие проявления этой темы, включая ее функциональное назначение, которое частично состояло в том, чтобы удерживать пациентку рядом с матерью, которая и имела прямое отношение к возникновению у дочери сексуальных проблем и связанных с ними проблем взаимоотношений. В ходе лечения пациентка проработала некоторые способы сочетания сексуальных отношений с сохранением контроля.

**Принцип 3. Терапевту следует распознавать потребность пациента «проверять» отношения в терминах переноса*

В отношениях с терапевтом трансферные проблемы не только оживают, но также служат потребности пациента «проверять» эти отношения. Вейсс (Weiss, 1971), Сэмпсон (Sampson, 1976) и Зильбершцац (Silbershatz, 1977) обнаружили, что пациент следует некоему «бессознательному плану», который играет определенную роль в том, как ведет себя пациент во время терапии и когда именно он может безопасно вынести на обсуждение те или иные аспекты отношений, чтобы проверить, как будет реагировать терапевт. Во время и после таких проверок терапевт может помочь пациенту, демонстрируя нейтральное поведение, отличное от ожидаемого пациентом травматизирующего поведения его ранних «объектов», и помогая пациенту осознать, что в такие моменты работает перенос.

ПРИМЕР: МИСТЕР К.

В приводимых выдержках из двух сессий терапевт реагирует указанием на то, что пациент «проверяет» отношения. Оказывается также, что это «тестирование» производится в терминах основной темы взаимоотношений, лежащей в основании трансферных проблем.

П.: Я хочу сказать, что я слышал о том, как вы успешно справились с проблемами кадров в вашем отделении.

Т.: Вы хотите посмотреть, сможем ли мы с вами в рамках наших отношений адекватно воспринять ваше сообщение о том, что я вполне полноценный.

(Следующая сессия)

П.: Я раздумывал о том, что я слышал о вашей работе с кадрами в отделении. Я не думаю, что это потребовало больших усилий от вас. Это было на уровне обычного здравого смысла.

Т.: Вы хотите посмотреть, сможем ли мы в рамках наших отношений адекватно воспринять ваше желание принизить меня и попытаться заставить чувствовать свою неполноценность.

Принцип 4. Терапевт должен осознавать, что и ему, и пациенту особенно трудно иметь дело с чувствами пациента по отношению к терапевту

Из трех сфер проявления центральной темы конфликтных отношений и для пациента, и для терапевта труднее всего открыто иметь дело с возникающими между ними отношениями, и вследствие этого именно эта сфера чаще всего избегается. Фрейд (1912a) указывал на одно весьма явное основание для такого избегания со стороны пациента: «Становится особенно трудно допустить проявление какого бы то ни было запретного влечения в присутствии того самого человека, с которым это влечение связано» (р. 104).

Избегание обсуждения на сессии отношений между пациентом и терапевтом весьма неблагоприятно, так как отношения пациент-терапевт — это наиболее важный аспект терапии. Именно в этой сфере производится и подлечит наблюдению «тестирование» отношений. Когда проверка пройдена и осознана, пациент обретает особую силу — он уже «повстречался со львом», то есть увидел центральные проблемы отношений непосредственно в ситуации «здесь-и-теперь». В значительной мере способность к осознанию обусловлена вниманием к поведению пациента, его мыслям и чувствам, возникающим в связи с отношением к терапевту.

Когда сам терапевт или супервизор вновь просматривают записи психотерапевтических сессий, то становится очевидным, что в отношениях «пациент — терапевт» особенно трудно реагировать терапевтически. И дело не в том, что супервизор или кто-то другой, анализирующий сессию,

обладает большими терапевтическими знаниями, чем сам терапевт (хотя одна из знаменитых острот Морриса Парлоффа сюда подходит: «Роль консультанта предполагает превосходство над консультируемым на 25 пунктов по IQ»), а скорее в том, что «консультанты» имеют преимущество позиции критика, которому гораздо легче смотреть на процесс терапии со стороны и который анализирует материал в атмосфере, не столь нагруженной эмоциональными связями между пациентом и терапевтом.

Есть более точные свидетельства, подтверждающие большие затруднения формулирования ответных реакций терапевта в сфере его отношений с пациентом по сравнению с обсуждением других тем:

(а) Наличие сложностей в реагировании терапевта доказывается сопоставлением «тестирующих» сообщений пациента (глава 8) с оценочными шкалами реакций терапевта (приложение 5). Сюда относятся оценки по таким шкалам, как «степень соответствия реакции терапевта сообщениям пациента, проверяющим отношения с терапевтом» или «степень соответствия направленности высказываний терапевта наиболее эмоционально нагруженным или довлеющим трансферным реакциям пациента на текущей сессии».

(б) В исследовании Гилла и Хофмана (Gill and Hoffman, 1982a) предлагается метод оценивания качества реакции терапевта на сообщения пациента о переживании им отношений с терапевтом.

(в) Исследования Вайсса и Сэмпсона (Weiss and Sampson, 1984) сосредоточены на степени соответствия терапевта «тестам» пациента.

На основе супервизорских обсуждений с терапевтами после рассмотрения большого числа сессий выявились два типа проблем, с которыми сталкиваются терапевты в этой сфере: (1) во время сессии терапевт не осознавал проявлений переноса; (2) терапевт осознавал эти проявления, но не занимался ими. Зачастую с первой проблемой терапевт может эффективно справиться, приобретая опыт работы формулирования ССРТ и стараясь во время сессии мысленно встать в критическую позицию и анализировать возможные реакции.

Обычным ответом терапевта в случае затруднений второго типа является: «В тот момент я не знал, как реагировать» или «Я боялся, что расстрою пациента, и не стал этого говорить». Дальнейшее обсуждение с терапевтом ведет к большему пониманию ситуации выбора и причин, по которым он не стал реагировать. Чтобы выстроить связь с осознанием пациента, полезно иметь материал, содержащий высказывания или описания действий пациента, который показывает, что пациент близок к осознанию своих отношений с терапевтом. Часто обсуждение с терапевтом во время супервизии позволяет найти нужные способы реагирования. Иногда в этом вопросе ролевое проигрывание возможных ответов может помочь терапевту решить эту проблему.

Однако время от времени терапевт оправданно воздерживается от реакций, поскольку предполагаемый им ответ мог бы нарушить терапевтические отношения. Терапевт может верно определить, что пациент еще недостаточно близок к осознанию своих отношений с ним, чтобы правильно понять предложенный ответ.

ПРИМЕР: МИСТЕР Д.

На протяжении сессии пациент рассказывал о нескольких женщинах, которые подавляли его и игнорировали его потребности, так что он чувствовал себя в ловушке и не был в состоянии позаботиться о себе. Например:

П.: Я пытался наслаждаться выходным днем и делать то, что мне хочется, но мать позвонила, чтобы я привез ей какие-то бумаги, припарковал ее машину и пришел к ней на работу. Я не могу сказать «нет», хотя очень хочу это сделать.

Т.: Вы чувствуете себя в ловушке.

П.: Да, даже с (называет имя подруги). Она что-то забыла и попросила, чтобы я вернулся домой и захватил ее коробку для завтраков, и мне пришлось пойти. А я хотел провести этот день для *себя*. На работе я составил себе расписание, но занимаюсь неизвестно чем и выслушиваю всех, кроме себя самого. Давление возрастает.

Т.: Похоже, никто не обращает внимания на ваши потребности.

Во время обсуждения после презентации сессии все — супервизор и члены группы — заметили, что терапевт отреагировала на сообщение пациента с точки зрения отношений вне терапии, а не в контексте отношений пациента с терапевтом, и это справедливо по отношению ко всей сессии. Все, кто анализировал сессию, включая терапевта, согласились, что явное, эксплицитное переживание отношений с терапевтом было позитивным, но имплицитно отношения были наполнены таким материалом, на который терапевт пока что не откликнулась. Терапевт сказала, что она боялась, что это могло изменить сложившиеся между ними позитивные отношения, которые обусловили столь значительный прогресс пациента. Супервизор согласился, что с данным пациентом это было важно, но при этом полезно было бы начать разговор с пациентом о природе его отношений с терапевтом, например, сказать: «Со всеми женщинами, о которых вы говорили (вашей матерью, подругой и другими), вы чувствуете, что они не понимают ваших потребностей и вынуждают вас следовать их желаниям. Хотя в отношениях со мной вы свободны от этого, иногда вы все-таки чувствуете с моей стороны то же самое». Такой комментарий был бы первым шагом, показывающим пациенту, что отношения с терапевтом — это нечто такое, о чем пациент может говорить.

ПРИМЕР: МИСС Г.

В первые месяцы терапии пациентка постоянно описывала ситуацию, в которой она выросла; ей казалось, что эта ситуация как-то присутствует в ее взрослых отношениях. Ее заставляли выполнять много домашней работы в меблированных комнатах, которые содержала ее мать. В то же время мать не проявляла никаких признаков любви или признания за ее труды. Мужчины, обитатели меблированных комнат, проявляли интерес к ней, но это огорчало и угнетало ее и заставляло чувствовать себя виноватой. Отношения с терапевтом были в основном аналогичны отношениям с матерью, а иногда — отношениям с мужчинами. Терапевт никогда не обращался к этим аналогиям, хотя в терапии было множество признаков

того, что пациентка жаждет привязанности и признания со стороны терапевта и пытается прямо высказать ему это, но у нее плохо получается. На супервизии терапевт объяснил, что боится прямо обсуждать с ней эти вопросы, потому что от этого станет еще более очевидно, что он не может дать ей желаемого, и в результате она будет еще более фрустрирована и подавлена. Но когда терапевт высказал это на супервизии, он стал меньше бояться, понимая, что пациентка в состоянии осознать свои проблемы отношений, отражаемые в переносе, и наоборот, могла бы почувствовать большее признание, принятие и поддержку, если бы терапевт сумел прояснить источники ее фрустрации в отношениях с ним.

Принцип 5. После первого обсуждения ССРТ терапевту не следует оставлять без внимания главную тему взаимоотношений, потому что она создает тот фокус, который развивает альянс терапевта с пациентом и обеспечивает прогресс в терапии

После того как главная тема взаимоотношений впервые сформулирована, она в каждом своем новом проявлении становится все более ясной и для терапевта, и для пациента. Тогда терапевт, выбрав подходящий момент, может сказать пациенту: «Мы начинаем понимать ту проблему в ваших взаимоотношениях с людьми, которую вы пытаетесь разрешить. Это _____». Такая формулировка позволяет обновить фокус; кроме того, она усиливает чувство прогресса («теперь мы понимаем») и ощущение альянса (благодаря использованию слова «мы»).

ПРИМЕР: МИСТЕР Х.

Пациенту 30 лет, его остающийся неразрешенным симптом — депрессия. Этот пример иллюстрирует принцип периодического возвращения к теме. Еще в начале лечения терапевт сформулировал ее следующим образом:

Т.: Я понимаю, вас главным образом раздражает и разочаровывает ваша работа, и вы не в состоянии установить такие дружеские отношения, какие хотелось бы. Поэтому вы чувствуете, что застряли в жизни.

Пациент ответил утвердительно, потому что чувствовал, что его поняли; он начал исследовать свое чувство «застревания». После дальнейшего слушания терапевт смог добавить:

Т.: Я помню, как вы говорили мне, что ваш отец всегда был занят чем-то интересным, а вы, пока он делал что-нибудь, всегда стояли где-то сбоку, держа для него карманный фонарик, скучая и робея.

После нескольких сессий, на которых подобным образом обсуждался смысл дискомфорта и страдания от ощущения «увязания», постепенно более и более ясно возникло представление о главной теме отношений пациента, и одновременно чувство прогресса и альянса с терапевтом становилось сильнее. Теперь желание можно было более ясно сформулировать; оно состояло в том, чтобы чувствовать себя получающим удовольствие от работы и ощущать от этого гордость. Обычные «последствия» желания заключались в том, что пациент чувствовал себя «где-то сбоку» и ощущал скуку и подавленность; и только после того, как он осознал эту подавленность, был сделан вывод о том, что он поступал неверно. Тогда пациент начал пробовать изменить «последствия», скажем, найти способы испытать удовольствие от самой работы и ее результатов.

Принцип 6. Достижение целей терапии для разных пациентов требует различных степеней проработки и сопутствующего инсайта

Для некоторых пациентов достаточно совсем короткого периода проработки и связанного с ней осознания проблем взаимоотношений. Другим пациентам для достижения необходимых изменений требуется гораздо больше работы такого рода. Аналогично у некоторых пациентов небольшие изменения в определенных жизненных сферах могут привести к огромным переменам в общей жизнедеятельности (Brenman, 1952). На основе анализа ретес-товых результатов к такому же выводу пришел Шафер (Schafer, 1958).

Пример с мисс Н. (глава 6) — это тот случай, когда со стороны пациентки и терапевта понадобились огромные усилия по проработке значения объектных выборов с позиции желаний пациентки, прежде чем она смогла позволить себе осуществить выбор подходящего мужчины. Задолго до этого с гораздо меньшими усилиями удалось добиться другой основной цели, имеющей отношение к компетентности на работе. В качестве хорошего практического совета по поводу того, сколько усилий нужно затратить на проработку, терапевту можно порекомендовать следующее: продвигаться так далеко, как это необходимо для достижения целей, и работать столько времени, сколько позволяет мотивация пациента.

Принцип 7. Согласованность сообщений, передаваемых пациентом и терапевтом, служит «проверкой» реакций терапевта во время сессии

Один из хорошо работающих на практике проверочных тестов адекватности реакций терапевта можно назвать «тестом согласованности сообщений». Он работает следующим образом: анализируя сессию по ходу ее или после окончания, терапевт может оценить, в чем суть главного сообщения пациента, в чем суть главного ответа терапевта и насколько точно ответ терапевта адресован сообщению пациента. Формулировка сообщения пациента может быть сделана в обычной клинической форме путем обдумывания сессии с помощью просмотра записей (эти формулировки, вероятно, будут похожи на получаемые более структурированным способом формулировки SCRT). Формулирование сообщения, содержащегося в ответе терапевта, осуществляется путем такого же анализа. Хорошая сессия — это такая сессия, где наблюдается разумная согласованность между двумя сообщениями.

Было проведено некоторое количество исследований согласованности сообщений. Впервые это понятие понималось как «эффективный ответ терапевта на главное сообщение пациента» (Auerbach and Luborsky, 1968). Оценочная шкала согласованности сообщений дана в приложении 5. Трое экспертов, работая независимо, могли

оценить эту переменную с умеренно высокой согласованностью оценок ($0,65$; $p < 0,01$). В этом исследовании процедура, которую выполнял каждый эксперт, предполагала прежде всего определение главных сообщений пациента, затем – ответов терапевта и, наконец, того, насколько обоснованно и эффективно терапевт отвечает на главные сообщения пациента.

ПРИМЕР: МИСТЕР Б.Н. (см. транскрипт в приложении 4)

Читатель может оценить уместность реакций терапевта во время сессии самостоятельно, как если бы он был терапевтом, участвующим в этой сессии. Кроме того, читатель может проанализировать сессию после прочтения или попробовать сформулировать сообщение пациента более четко с использованием метода CCRT. Для пациента в этом примере CCRT была оценена четырьмя независимыми экспертами. Результирующая CCRT представляет компоненты, имеющие наибольшую частотность. Компонент желания: «Я хочу утверждать себя, проявляя силу, убеждения и компетентность». Последствия таковы: (а) реакция «Я»: «Я соглашаюсь или устраниюсь»; (б) реакция других: «Они доминируют или отвергают меня».

Эту CCRT можно рассматривать как «сообщение пациента». Для оценки адекватности реакций терапевта нужно сравнить его сообщения с сообщениями пациента. Наиболее простой путь – прочитать высказывания терапевта, которые пронумерованы в транскрипте в приложении. Первые реакции терапевта (номера стоят на полях), например, от T1 до T7 – главным образом поддерживающие. Терапевт начинает словами T1 «Как поживаете?» или T6 «В последний раз мы об этом немного поговорили». Более экспрессивная часть сессии начинается с высказывания T8, терапевт исследует, чего пациент хочет от взаимоотношений. В T14 терапевт указывает на потребность пациента самоутвердиться в отношениях, а затем в T17 исследует ту же проблему, когда пациент чувствует себя «более живым» в отношениях с терапевтом, но затем пугается и хочет устраниться. Но вместо того чтобы продолжать исследование этого вопроса, терапевт

считает необходимым подтвердить самоустранение пациента, которое проявляется в молчании.

В целом реакции терапевта демонстрируют умеренную согласованность с сообщениями пациента. Однако по ходу сессии терапевт не высказывает свои реакции в терминах проблем взаимоотношений с пациентом достаточно ясно (возможно, потому, что это всего лишь третья сессия).

Принцип 8. Ответы следует давать вовремя с учетом того, насколько близок пациент к осознанию содержания предлагаемого терапевтом ответа

Это стандартный принцип, который можно найти во всех описаниях техник психоаналитически ориентированной психотерапии. Решение относительно того, в какой момент дать ту или иную реплику, обычно принять нетрудно. Оно зависит от того, что пациенту уже известно и какой совместный путь пройден. Обычно последствия неверно выбранного момента не имеют слишком большого значения, за исключением тех случаев, когда что-то было сказано совершенно неуместно. Терапевту нужно еще раз послушать, что говорит пациент, и изменить фокус своего внимания, что соответствует первому принципу формулирования ответных реакций. Как правило, момент является неверно выбранным тогда, когда в начале лечения терапевт сообщает пациенту о его глубинных желаниях, как например, отмечал Фрейд (Freud, 1913б, р. 140): «Каким же самодовольством и бездумьем должен отличаться человек, который способен после самого непродолжительного знакомства сообщить собеседнику о том... что тот связан со своей матерью incestуозными узами».

Принцип 9. Следует ограничивать объем и сложность каждого интерпретирующего высказывания

Пациент легче усвоит интерпретации, если терапевт не будет высказывать слишком длинных и сложных суждений. Когда за один раз предлагается слишком много, пациенту слишком трудно усвоить все сразу, и он не сможет

сфокусироваться на главном. Более того, терапевту лучше давать ответы по частям, тогда он сможет руководствоваться реакцией пациента на каждый компонент высказывания.

ПРИМЕР: МИССИС Л. (см. с. 110)

Заметим, что ответы терапевта даются «по кусочкам».

Принцип 10. Терапевту следует проявлять терпение и не спешить с интерпретациями, пока он не убедится, что правильно понял пациента

Терапевту следует помнить: совершенно естественно, что невозможно понимать что-то беспрерывно. Понимание, по своей природе, совершается скачкообразно, а не плавно и постепенно. Нет нужды отвечать пациенту только для того, чтобы ответить или чтобы не молчать, или только для того, чтобы выразить пациенту понимание, которого на самом деле еще нет. Терапевт сможет контролировать тревогу по поводу своей компетентности как терапевта, если он усвоит идею о том, что необходимое понимание и ответ придут в свое время. Если сейчас его еще нет, то через какое-то время оно придет. Дальнейшее слушание и анализ приведут к дальнейшему пониманию (как показано в 5-м принципе слушания, глава 7). Такая установка является предпосылкой терпения и одинаково хороша и для пациента, и для терапевта.

После того как терапевт и пациент какое-то время поработают вместе, у пациента развивается параллельный процесс, и он также начинает более терпимо относиться к тому, что понимание в общении возникает не сразу. Это можно проиллюстрировать следующим наблюдением: когда пациент теряется, не понимая, что говорит, и просит объяснений, то спустя некоторое время дальнейшее слушание позволяет пациенту и терапевту найти хотя бы некоторые ответы (даже при отсутствии непосредственных интерпретаций, даваемых терапевтом).

Принцип 11. Ответные реакции терапевта следует соотносить с продолжительностью сессии

Чаще всего имеет смысл слушать пациента 5 или 10 минут, прежде чем как-то реагировать, чтобы уловить основные темы. Затем примерно 30 минут занимает большая часть ответных реакций терапевта. Последние 5–10 минут сессии — это, как правило, не очень подходящее время для введения новых тем, поскольку пациенту и терапевту может не хватить времени для их обсуждения.

Принцип 12. Работа с контрпереносом

Очень легко попасться на удочку определенных контртрансферных не-терапевтических реакций на пациента. Терапевт может более успешно работать, если ему известны типы контртрансферных реакций (Singer and Luborsky, 1977). Четыре основных типа контртрансферных реакций описаны ниже.

а. Классический контртрансферный ответ — это дополняющий ответ терапевта на перенос пациента. В этом случае именно терапевт реагирует с позиций проблем взаимоотношений со своими собственными «архаичными объектами». Как уже указывалось, лучший способ обезопасить себя от этого состоит в осознании своих отношений, что лучше всего достигается в личной терапии психотерапевта. Таким образом, через какое-то время контртрансферные ответы терапевта начинают осознаваться и становятся более доступными для коррекции.

б. Реакции терапевта, лишённые соответствующей рефлексии и понимания, обычно происходят в результате сверхпогруженности в диалог с пациентом, так что бывает трудно соблюсти необходимую для обдумывания и анализа дистанцию.

в. *Заражение* настроением — термин, предложенный Редлом (Redl, 1966) для объяснения перехода аффекта от одного человека к другому: например, если пациент подавлен, то и терапевт начинает ощущать подавленность, если пациент доволен, то и у терапевта повышается настроение, и т.п. Когда пациент максимально погружен в проблемы взаимоотношений, то он, скорее всего, переживает

стрессовое состояние. Стресс становится обоюдным, поскольку терапевт тоже начинает его чувствовать, но в ослабленном виде. Такая взаимность эмоциональных переживаний была продемонстрирована путем одновременной записи психофизиологических реакций пациента и терапевта (Greenblatt, 1959).

Готовность столкнуться с этим явлением в психотерапии помогает терапевту сохранить самообладание и избежать постоянного «заражения» настроением пациента (Butler and Rice, 1963). Как показывают Виткин, Левис и Вейл (Witkin, Lewis, and Weil, 1968; Witkin, personal communication, 1970), чересчур полнезависимые терапевты более склонны подвергаться такому заражению. Напротив, умеренно полнезависимые терапевты могут более эффективно откликаться на высказывания пациента и формировать более успешный помогающий альянс (Luborsky, Crits-Christoph, Alexander, Margolis, Cohen, 1983). Более того, ярко выраженные полнезависимые терапевты склонны оставаться настолько невключенными и свержрефлексивными, что могут казаться холодными и неспособными сформировать теплые отношения с пациентом.

г. При данном типе реакции терапевт ведет себя в соответствии с негативными ожиданиями и опасениями пациента. Как показали Зингер и Люборски (Singer and Luborsky, 1977), такое подтверждение негативных ожиданий встречается чаще, чем можно предположить. Например, если пациент рассказывает о своем страхе, что кто-то будет доминировать над ним, терапевт может начать неосознанно именно так и действовать. Очевидно, что это пациент своим поведением вызывает у терапевта такую реакцию, но неизвестно, каким образом это происходит. Терапевт будет более защищен от подобных контртрансферных реакций, если сумеет поддерживать соответствующий баланс между слушанием с «погружением» и слушанием без «погружения». И когда посредством такого сбалансированного слушания он осознает главную тему проблемных отношений пациента, это осознание будет служить дальнейшей защитой от подтверждения негативных ожиданий пациента.

ПРИМЕР: МИСС К.У.

Пациентка — студентка последнего курса, 28 лет, ее главная проблема состояла в страхе оторваться от родителей и начать работать и встречаться с мужчинами. Пациентка ожидала, что ее родители не поддержат ее взросления и отделения от них. Ей казалось, что они делают все, чтобы сохранить ее связь с ними. Например, они критиковали ее за то, как она ведет себя во время интервью по приему на работу.

Супервизор и члены супервизорской группы отметили, что терапевт как-то не замечает, что пациентка продвигается в своей учебе и что ее интерес к социальной жизни возрастает. Терапевт отреагировал на это наблюдение, заявив, что теперь он понял: он, похоже, увяз в негативных ожиданиях пациентки и стал их подтверждать своим отказом замечать ее рост.

Принцип 13. «Почти ответ», или Размышление о том, каков бы был «антитерапевтический» ответ, дает хорошую основу для понимания пациента

Терапевт часто считает, что приходящий ему в голову «антитерапевтический» ответ только мешает. Однако, наоборот, осознание подобных ответов имеет позитивное значение для понимания пациента. Этот принцип обсуждается здесь лишь потому, что он непосредственно вытекает из раздела о контрпереносе, и его понимание может прямо привести к полезным терапевтическим реакциям.

ПРИМЕР: МИСТЕР ДЖ.П.

Терапевт сообщил супервизору, что в последние две сессии со своим пациентом он чувствовал скуку, раздражение и нежелание общаться с пациентом. Он чувствовал, что не в состоянии делать ничего другого, кроме как сидеть и слушать бесконечно повторяющиеся рассказы пациента. Всякий раз, когда терапевт пытался реагировать терапевтически, пациент чувствовал, что его критикуют. Поэтому терапевт ощущал себя в капкане, в котором он сидит и слушает пациента, сдерживая разочарование от отсутствия прогресса.

После того, как это тупиковое состояние было проанализировано с супервизором, терапевт и супервизор пришли к заключению, что пациент занят «тестированием» своих отношений с терапевтом. «Тест» состоял в том, что пациент хотел понять, принимает ли его терапевт. Однако для пациента роль принимающего человека не имела ничего общего с ролью терапевта. Это наблюдение было затем проанализировано с пациентом и принесло большую пользу обоим участникам процесса.

Фаза 1А: Дальнейшее слушание

После реагирования терапевт вновь возвращается к слушанию, но это уже слушание на новой фазе. Новым здесь является то, что терапевту известна реакция пациента на его терапевтическое вмешательство. Знание ответной реакции пациента помогает терапевту сформулировать следующую интервенцию. При выборе каждой последующей интервенции терапевту следует руководствоваться формулировкой CCRT, а кроме того учитывать ответную реакцию пациента на предыдущую интервенцию. Ответные реакции пациента обычно дают основу для более глубокого понимания других направлений CCRT. Следовательно, терапевту нет нужды возлагать все свои чаяния на очередное вмешательство, потому что ответы пациента содержат указания на то, как двигаться дальше — в том же самом направлении или как-то изменить стратегию.

Терапевту довольно трудно сохранять равновесие между открытостью по отношению к тому, что говорит пациент в настоящий момент, и прошлыми темами проблемных взаимоотношений пациента. Требуются силы, чтобы двигаться и в том и в другом направлении, а также не упускать достигнутого на настоящий момент, сохранять открытость для восприятия новой информации и при необходимости пересматривать имеющиеся гипотезы.

К счастью, способность сохранять равновесие между открытостью к новой информации и удержанием в голове уже выявленных тем — это умение, которое терапевт может постепенно развивать. Оно основано отчасти на знании

принципов слушания, понимания и формулирования ответных реакций, описанных в данном учебнике. Знание терапевтом этих принципов действует благотворно, снижая тревогу и тем самым облегчая работу по слушанию, пониманию и формулированию ответных реакций (Spence and Lugo, 1972).

ГЛАВА 9. ОКОНЧАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ

Как правило, пациент начинает всерьез задумываться об окончании лечения, когда чувствует, что цели терапии в основном достигнуты. В этот момент продолжение терапии кажется уже не столь обязательным. Тем не менее, когда речь идет об окончании лечения, поведение терапевта и пациента становится похожим на поведение ставших важными друг для друга людей перед разлукой. В этой главе описываются пять основных способов поведения пациента и терапевта в преддверии расставания. С целью снижения стрессовых состояний при расставании и упрочения достижений терапии в руководстве даются рекомендации терапевту (см. ниже) для каждого из этих способов:

1. Пациент и терапевт напоминают друг другу об окончании терапии, чтобы быть к нему готовыми. Терапевту рекомендуется также еще раз прояснить временную структуру терапии.

2. Пациент и терапевт обговаривают условия, при соблюдении которых терапия будет окончена. Терапевту рекомендуется отмечать предварительные признаки того, что пациент по своему состоянию близок к окончанию лечения; обозначать фазы лечения таким образом, чтобы это служило как бы вехами на пути; отметить «пункт прибытия», то есть момент, когда основные цели достигнуты; признать, что эти достижения вовсе не означают, что все проблемы решены.

3. Бывает, что пациент и терапевт теряют надежду на то, что цели будут достигнуты и терапия завершится. В этом случае одна из сторон (обычно пациент) может захотеть прекратить лечение досрочно. Терапевту рекомендуется

обдумать способы работы с подобными желаниями, главным образом с помощью интерпретации переноса.

4. Когда цели достигнуты, пациент и терапевт начинают беспокоиться о том, стойки ли достижения, можно ли преодолеть проблемы сепарации и готов ли пациент к окончанию лечения. Терапевту рекомендуется обсудить с пациентом предыдущие случаи расставания и обратить внимание на схожесть симптоматики, тем самым указав на значение расставания.

5. Пациент и терапевт рассматривают вопрос о дальнейших контактах после окончания терапии. Терапевту рекомендуется не отказываться от дальнейших контактов и в случае необходимости обсудить вопрос о продолжении лечения.

ПОВТОРНОЕ ПРОЯСНЕНИЕ ВРЕМЕННОЙ СТРУКТУРЫ

При поддерживающей экспрессивной терапии с открытыми сроками (ПЭ-ОС) целесообразно в самом начале прояснить, каким образом будет решаться вопрос о продолжительности лечения. Терапевт может сказать: «Сроки терапии являются открытыми. Это означает, что мы работаем до тех пор, пока вы не будете удовлетворены своим состоянием. На это может потребоваться несколько месяцев, а может, и гораздо больше времени; лучше всего обсуждать сроки по мере продвижения».

При ограниченной во времени терапии проблемы расставания можно облегчить, если в самом начале хотя бы дважды сказать пациенту о сроках лечения. При ограниченном во времени лечении это настоятельно рекомендуется, так как многие пациенты склонны «забывать» первоначальные инструкции о временном лимите. Ясное упоминание об этом в самом начале поможет снизить возможное чувство отверженности и облегчит подготовку пациента к сепарации. Ограниченное во времени лечение может быть очень успешным, и при его окончании терапевту полезно об этом не забывать. Благоприятные перемены

у пациента обычно лишь незначительно уступают достижениям при терапии, неограниченной во времени (если верить имеющимся исследованиям — см. обзор Luborsky, Singer, Luborsky, 1975). Кроме того, если лечение с самого начала достаточно структурировано как ограниченное во времени, то пациенты проходят все фазы длительного лечения в сжатые сроки и в меньшей степени ощущают, что терапия слишком резко или неправомерно оборвана. Так как пациент и терапевт до начала и на всем протяжении лечения имеют перед собой временную перспективу, многое из того, что произошло бы при более длительном лечении, осуществляется в ограниченный период. Кроме того, такое лечение тоже всегда имеет начало, середину и конец. Если пациент сам не говорит об окончании, несмотря на то, что оно приближается, терапевту стоит выяснить, ощущает ли пациент близость расставания.

КАК ОПРЕДЕЛИТЬ НЕОБХОДИМЫЕ УСЛОВИЯ ГОТОВНОСТИ ПАЦИЕНТА К ОКОНЧАНИЮ ЛЕЧЕНИЯ

Признаки, по которым можно судить об условиях, необходимых для окончания лечения, часто можно определить из контекста, в котором пациент высказывает мысли о прекращении или завершении лечения еще до того, как этот вопрос начинает обсуждаться всерьез. О чем говорит пациент, когда речь заходит о возможности закончить терапию? Скорее всего, дальнейшая проработка этой темы поможет пациенту приблизиться к завершению лечения. Терапевту целесообразно дать комментарий, подчеркивающий эту связь.

ПРИМЕР: МИСТЕР Т.Дж.

П.: У меня хорошее самочувствие в связи с успехами на работе. Может быть, мне стоит подумать о переходе с двух сеансов в неделю на один.

Т.: Достижение хорошего самочувствия является решающим моментом для вас, и раз мы добились этого, можно думать об окончании лечения.

Говоря о сокращении числа сеансов, пациент рассказывает о повышении самооценки. Именно эта тема, если дальше над ней работать, позволит пациенту завершить лечение. В случае с данным пациентом требовалось постоянное внимание к конечной цели, поэтому разговор об окончании лечения послужил для указания на связь между достижением цели и уменьшением числа сеансов.

ЭТАПЫ ЛЕЧЕНИЯ КАК ВЕХИ НА ПУТИ

Согласно Шлезингеру (Schlesinger, 1977), на протяжении всего процесса лечения терапевт должен уделять внимание моментам завершения этапов внутри терапевтического процесса. Этот принцип особенно верен для ограниченной во времени поддерживающей экспрессивной терапии. Очень важно, чтобы терапевт и пациент отмечали даже частичные достижения промежуточных целей, а затем ставили новые. Отмеченные вехи дают пациенту ощущение завершенности и продвижения на доступном понимании уровне (об этом говорится в главе 5 при обсуждении начальной фазы). Кроме того, это может ослабить неотрефлексированную вовлеченность в трансферные отношения, когда пациент слишком буквально воспринимает текущие отношения с терапевтом как реальные.

Приведенный ниже пример отражает благоприятное воздействие сосредоточения внимания на начале и окончании каждой фазы в соответствии с поставленными целями. Более того, такую фокусировку можно рассматривать как постоянный процесс уточнения проблем пациента.

ПРИМЕР: МИСТЕР Ф.

Пациент приближается к последнему месяцу терапии протяженностью в год, перед ним постепенно раскрывается основная тема его уязвимости. У него параноидная чувствительность к обвинениям в не мужественности. Практически на протяжении всего лечения сущность основной темы пациента можно выразить фразой: «Я хочу себя нормально чувствовать» (в смысле — чувствовать себя

мужчиной), «но меня постоянно одергивают». На сеансе перед описываемой супервизией пациент ясно дает понять, что испытывает значительную идентификацию с терапевтом и теплые дружеские чувства к нему. Он почувствовал, что вышел на уровень функционирования, гораздо более близкий к цели. Например, он говорит: «Я вступил в музыкальный коллектив и смог найти на это деньги». Он вспоминает свою первую ночь с новой девушкой и заключает: «Было хорошо. Мои отношения улучшаются. Хочу одного – сблизиться с людьми. С вами тоже хочу стать ближе. По правде говоря, мне бы хотелось, чтобы вы с женой пошли бы как-нибудь в кино или на концерт со мной и моей девушкой».

Согласно Шлезингеру (Schlesinger, 1977), этот этап можно частично интерпретировать как завершение некоторой фазы в том смысле, что пациент достигает более удовлетворительного решения своих задач, чувствует себя более по-мужски и, соответственно, менее уязвимым для обвинений в немужественности. Он почувствовал это и в отношениях с противоположным полом, и в работе.

Супервизор предложил терапевту обсудить с пациентом тот факт, что пациент выполнил свои основные задачи и теперь приступает к осуществлению последней цели. Терапевт должен выслушать реакцию пациента и понять, таким образом, смысл запроса пациента. Пациент, в сущности, подразумевает, хотя и не высказывает, следующее: «Меня больше не одергивают по поводу немужественности. Я думаю, что смогу этого избежать, если вы (терапевт) будете поддерживать со мной социальные контакты». Возможно, это главное, что нужно обсудить с пациентом, а именно: пациент чувствует, что социальный контакт с терапевтом поставил бы пробу на его мужественность. Соответственно смысл новой цели поддержания контакта с терапевтом после окончания лечения состоит, видимо, в том, чтобы укрепить достижения терапии, ослабив ощущение разлуки. В любом случае, основная цель предлагаемой техники – вскрыть смысл высказывания пациента. Пациент, в сущности, сказал, что достиг некоторой цели, и добавил к этому сообщение, содержащее новую возможную цель.

«ПРИБЫТИЕ В ПУНКТ НАЗНАЧЕНИЯ» — ЦЕЛИ ДОСТИГНУТЫ

Когда достигнуты удовлетворительные результаты в отношении первоначальных целей лечения, то вполне разумно приступить к рассмотрению вопроса об окончании терапии. Это значит, что симптоматика ослабилась, а страдания уменьшились и потеряли остроту или даже совсем прекратились. Пациент и терапевт должны признать успешное состояние дела.

Однако такой результат еще не является достаточным условием для окончания лечения. Чтобы завершить лечение, пациент должен решить, что никакие новые цели не заслуживают дальнейшей работы. И самое главное — пациент должен быть готов к расставанию с терапевтом. Проработка смысла сепарации поможет сделать достижения стойкими. Если пациент еще не достаточно к этому готов, то он, возможно, обнаружит новые цели как основание для продолжения лечения. В этом случае фокусом внимания в терапии нужно сделать трудность расставания.

ПРИМЕР: МИСС Л.Х.

Пациентка становится все более готовой к тому, чтобы назначить время окончания терапии, и эта готовность частично связана с тем, что достигнута ее цель — прекратить неконтролируемое поглощение пищи с последующей рвотой (булимия). Ощущение готовности еще более укрепилось, когда она стала осознавать смысл окончания лечения — это видно по ее сновидению. Она видит во сне, что сохранила контакт с женщиной-терапевтом и терапевт одобряет ее, так как пациентка тоже стала профессионалом в этой области и ей даже удалось во сне получить у другой пациентки некую информацию, которую пропустила терапевт.

П.: Удивительно, как я со всем справляюсь. Замечательно! Я учусь, и еще я помогла Сесили лечь в больницу на операцию... Так много всего, а я в порядке, совсем в порядке. Интересно, что когда я стала думать о нашем разговоре, о том, что скоро я перестану вас видеть, мне приснился сон. Не знаю, пришла ли я во сне к вам на сеанс или

просто вас навестить, но мы были с вами в одной комнате. Вы были от меня недалеко. Комната была небольшая. Вы разговаривали с душевнобольной женщиной. Она мне напомнила женщину, которую я видела в отделении скорой помощи две недели назад. Она сказала: «Мне нужна помощь». Вы говорили тихо, мне не было слышно. Потом вас позвали к телефону, и на этом ваш сеанс с женщиной закончился. Она не ушла и попросила меня присесть. Она мне стала говорить о том, как ей нужна помощь, и о своих проблемах. Потом она ушла. Вы вернулись. Опять мне было непонятно, пришла ли я на сеанс или с визитом, но мы стали обсуждать случай этой женщины. Вы поделились со мной своими наблюдениями, а я рассказала, что она сказала мне.

Для меня это важно, мне кажется, что я пришла к вам не как к терапевту и не нуждаюсь в лечении.

Т.: Что вы думаете об этом сне?

П.: Я думаю о том, чтобы не приходиться к вам часто. Во сне я увидела вас с более профессиональной точки зрения. Я стала вникать в профессию. Я увидела вас скорее как профессионала, чем как моего терапевта.

Т.: В этом сне выражено естественное желание иметь со мной другие отношения. Если лечение кончается, мы больше не будем видеться, и здесь выражено желание иметь отношения другого рода.

П.: Я думала: что будет после окончания... Смогу ли я увидеть вас через пару месяцев или через год, чтобы держать вас в курсе. Не потому, что мне хуже. Это не страх. Просто сохранить контакт.

Т.: Мне всегда будет приятно узнать, как вы живете.

П.: Мне бы хотелось иметь ваш телефон. Это как чувство безопасности. На всякий случай. Не потому, что я что-то предчувствую. Просто хочется его иметь.

Т.: (Дает пациентке телефон своего офиса): Вам всегда скажут, где я. Приятно будет о вас услышать.

П.: Я не так уж и боюсь остаться без вас. Ведь эти две недели были такие напряженные, а я справилась. Я себя лучше чувствую. Я больше о себе забочусь. Не верится, что год назад я была так озабочена едой, хотя я все еще люблю поесть! Но все это весьма относительно.

ПРИМЕР: МИССИС Л.

В данном примере достижение целей едва не повлекло за собой окончание терапии, но появились новые цели как основание для продолжения лечения.

После примерно двух лет проводимой дважды в неделю терапии, первоначальная цель которой была найти способ побороть склонность пациентки к депрессии, сопровождавшей ее почти всю жизнь, пациентка стала думать об окончании лечения. За последние девять месяцев депрессия не возобновлялась и, более того, пациентка чувствовала себя очень эффективной в работе. И пациентка, и терапевт отметили эту веху. Резкое уменьшение склонности к депрессии наступило после проработки страха соревнования с сестрой, родителями и терапевтом. После девятимесячного отсутствия депрессии проблемы взаимоотношений были еще заметны, но пациентка уже справлялась с ними лучше, проявляя большую уверенность в себе. После серьезного рассмотрения вопроса об окончании лечения началась новая фаза терапии с заново сформулированной задачей.

ДОСТИЖЕНИЕ ЦЕЛЕЙ НЕ ОЗНАЧАЕТ, ЧТО РЕШЕНЫ ВСЕ ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ

Обычно улучшение в конце психотерапии наблюдается: (а) в целевой симптоматике, то есть в том, что было содержанием первоначальных жалоб; (б) в тех взаимоотношениях, которые являются обычным контекстом для проявления симптоматики. Пациенты могут оказаться на стадии, когда достигнуты многие цели, однако не все. Симптоматика улучшилась в большей степени, чем взаимоотношения.

В конце лечения все еще заметны первоначальные проблемы взаимоотношений, но справиться с ними, к счастью, уже легче. Исследования с помощью метода ССРТ подтверждают этот вывод (Luborsky, 1977). Сравнение групп пациентов со значительным и с небольшим улучшением показало, что центральная тема конфликтных

отношений присутствует и в начале, и в конце лечения у обеих групп пациентов. Однако важно, что эти группы различаются по степени овладения проблемами, связанными с центральной темой.

Следующий пример (как и предыдущий пример с миссис Л.) иллюстрирует это положение.

ПРИМЕР: МИСТЕР К.

Первоначальной целью лечения было снижение склонности к сильным депрессиям. Метод ССРТ подтвердил отмечавшееся и ранее чувство резкой неадекватности пациента, когда он сравнивал себя с другими мужчинами. Если пациент сердился, он обычно сразу же впадал в депрессию, часто именно потому, что считал себя неполноценным. К концу лечения он добился некоторых успехов в работе, женился и ощущение неполноценности значительно ослабло. Вследствие этого он обрел больший контроль над депрессиями, которые стали не столь частыми и не столь сильными. Временами он все еще ощущал свою неадекватность и злобу на мужчин, но теперь стал лучше справляться с плохим самочувствием, которое раньше приводило к депрессиям. Поэтому пациент был уже готов к завершению лечения, и терапевт был с этим согласен.

ЖЕЛАНИЕ ЗАКОНЧИТЬ ЛЕЧЕНИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННО

Некоторые пациенты хотят прервать лечение до его завершения. Они могут объяснять это потерей надежды получить от лечения то, чего ожидали, или — не менее часто — внешними обстоятельствами. К счастью, пациенты осуществляют подобные желания обычно не сразу.

В этих случаях первая гипотеза терапевта должна касаться того, каким образом в терапевтических взаимоотношениях такое желание пациента могло возникнуть. Терапевт может, например, прийти к выводу, что желание пациента прервать лечение объясняется слишком большой вовлеченностью в перенос, с которым трудно совладать.

Когда терапевт обращается в своих интерпретациях непосредственно к переносу, это обычно приводит к улучшению взаимоотношений, и угроза лечению уменьшается, а взаимопонимание терапевта и пациента возрастает.

Однако иногда подобная интерпретация не работает, и терапевту приходится признать, что его попытки интерпретации не имеют должного эффекта и не ослабляют тенденцию к преждевременному прерыванию терапии. Тогда терапевт может прийти к выводу, что следует способствовать либо ослаблению трансферной связи, либо уменьшению внешнего давления на пациента (как в описанном ниже примере, где терапевт предлагает пациенту специально переструктурировать расписание сеансов). В таких случаях терапевт может попытаться ослабить давление на пациента, насколько это возможно, исходя из простого логического принципа — нельзя лечить отсутствующего пациента.

Если, несмотря на два предложенных способа, преждевременное прерывание лечения все еще кажется неизбежным, нужно назначить время окончания терапии через несколько сеансов, чтобы пациент и терапевт могли обсудить, что произошло. Этот процесс пройдет более легко, если подобная возможность уже обсуждалась в самом начале терапии как одно из основных условий. Терапевту следует договориться с пациентом о том, что прежде, чем завершить терапию, когда бы это ни произошло, нужно посвятить определенное время обсуждению того, что происходило на ее протяжении.

ПРИМЕР: МИСС Б.Д.

Пациентка говорит о том, что очень загружена и поглощена делами во внерабочее время. В этих обстоятельствах приходиться на терапию очень трудно, особенно в назначенные часы. Терапевт постаралась показать пациентке, что готова поискать более удобное для нее время.

В своем ответе терапевт не учитывала проблему переноса, которая возникла отчасти из-за поведения самого терапевта. Терапевт не заметила, что на предыдущем сеансе не оказала должной поддержки пациентке, когда та рассказывала о беспокоящих ее соматических проблемах.

Пациентка рассказала, что в таком же трудном положении она ощущала себя, когда в сходных обстоятельствах ее не поддержала мать. Интерпретация переноса, в которой бы признавалось подобное поведение терапевта, могла облегчить тяжелое чувство пациентки и тем самым укрепить ее желание продолжать терапию.

ОПЫТ РАССТАВАНИЙ С ПРЕДЫДУЩИМИ ПАЦИЕНТАМИ ОБЛЕГЧАЕТ ЗАВЕРШЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ

Обращение к опыту сепарационных реакций готовит пациента к завершению лечения (Edelson, 1963). Без такой подготовки достаточно трудно провести работу по окончанию лечения.

Однако в жизни случаются каникулы, отъезды на конференции, болезни и т.д. Необходима глубокая проработка смысла таких сепараций. Как минимум, пациент должен убедиться в том, что он обязательно будет как-то реагировать на расставание. Он может реагировать по-разному, но чаще всего агрессией и желанием отомстить, чувством одиночества и опустошенности, большей дистанцированностью. Один из признаков дистанцирования, который мы обсудим ниже, — это потеря достижений терапии и возврат симптомов.

ПРИЗНАНИЕ ВОЗОБНОВЛЕНИЯ СИМПТОМАТИКИ КАК СПОСОБ РАБОТЫ СО ЗНАЧЕНИЕМ РАССТАВАНИЯ

Как в ограниченной, так и в неограниченной во времени поддерживающей экспрессивной терапии, при приближении к окончанию, как правило, отмечается возврат к первоначальным проблемам. Если обсудить с пациентом смысл возвращения симптомов и его связь с окончанием терапии, то такое отступление с завоеванных позиций можно остановить. Возобновление симптоматики часто несет в себе тот смысл, что после расставания с терапевтом

пациент вернется в состояние, в котором был до начала лечения. Пациент как будто забывает, что все достигнутое им в терапии отражает изменения, происшедшие с ним самим и при его собственном участии. Эти достижения не связаны с постоянным физическим присутствием терапевта, так как пациент уже воспринял, интернализировал тот инструментарий, с помощью которого он работал вместе с терапевтом. Пациенту можно также напомнить, что процесс изменения, запущенный терапией, не остановится, а пойдет дальше.

ПРИМЕР: МИСС Л.Х.

П.: Вчера было так сыро, что было прямо-таки опасно ехать на велосипеде. Не знаю, что буду делать зимой. Хуже всего, когда все мокро и не видно луж. Вода везде, и лужи не заметны... Я теперь гораздо более реалистично отношусь к себе. Я не терзаюсь, если не могу все доделать до конца. Я ставлю себе более реалистичные промежуточные задачи и выполняю их.

Т.: В прошлый раз, когда мы говорили о задачах, самой важной вашей задачей оказалась саморегуляция.

П.: Да-а, я опять к этому прихожу. Но я двигаюсь вперед и чувствую, что тут все в порядке. Одно меня тревожит. Я хотела бы поговорить о необходимости ходить на терапию. Первую неделю, когда вас не было, все шло хорошо. В течение второй недели я стала опять есть больше, чем хочу. Нужно признать, что иногда мне надо поесть, и я позволяю себе лишний кусок пирога. Но я упрекаю себя в этом и чувствую себя плохой. Два раза за эту неделю мне было необходимо принять рвотное, потому что я чувствовала, что переела... но я не приняла. Это чувство было так сильно, оно опять вернулось после перерыва. Я как раз думала о том, что скоро мой последний сеанс с вами, и опять вернулось это чувство. Не знаю, как с ним справиться. Я не хочу за вас цепляться, но чувство было так сильно...

Т.: Как мы говорили, у вас сложилась установка все время жестко контролировать свое поведение. Вы опять стали испытывать страх, что если выпьете еще одну чашку кофе или съедите еще один кусок пирога, то выйдете из-под контроля. Такого чувства у вас не возникало в последнее время.

П.: Мне приходится самой себе напоминать, что вполне нормально иногда ощущать себя сытой. В это воскресенье я была на отличном обеде. Один наш общий друг прекрасно готовит. Я давно так не наедалась. Мне было неприятно. Я была прямо свиньей. Зачем я это сделала? Приходится себе напоминать, что люди так поступают в особых случаях. Им это сходит с рук. Но у меня, кажется, не всегда получается есть и наслаждаться. Опять я хочу себя больше контролировать.

Т.: Может быть, одна из причин того, что у вас опять возникла потребность себя контролировать — это то, что вы привыкли обращаться за помощью ко мне. Теперь вы размышляете об окончании лечения. Вот меня уже нет, и вы начали немного паниковать.

П.: Я всю прошлую неделю переела. Вчера мне удалось себя проконтролировать. Мне нужно завтракать. Эти дни я, кажется, больше озабочена своим весом. Я должна за ним следить. Вчера все было нормально. Интересно, связано ли все это с тем, что я посещаю вас.

Т.: Знаете, в конце лечения некоторые первоначальные симптомы зачастую возникают вновь — из-за того, что человека тревожит предстоящее расставание.

П.: Да, мне тревожно.

Т.: Вы говорили о том, что вас тревожит потеря контроля, но вы не потеряли контроль. Как вы сегодня сами сказали, все средства в ваших руках.

П.: Да, знаю. [Она привела еще несколько примеров того, как она контролирует вес и отношения с мужчинами.] (П. и Т. договорились о следующем последнем перед расставанием сеансе).

ВОЗМОЖНОСТЬ ДАЛЬНЕЙШИХ КОНТАКТОВ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ

Естественно, что большинство пациентов заинтересовано в сохранении какого-нибудь контакта с терапевтом после окончания лечения. Слово «естественно» здесь не случайно, потому что если эти отношения принесли пользу, как это обычно бывает, то, безусловно, между пациентом

и терапевтом сформировалась привязанность и, следовательно, после расставания возникает ощущение потери. Следовательно, пациента интересует, как прореагирует терапевт на его желание сохранить контакт. Пациента интересует, хочет ли терапевт получать информацию о прогрессе после завершения лечения. Если данный сеанс не располагает к другим дополнительным ответам, терапевт может выразить то, что скорее всего чувствует, а именно желание знать, как идут дела. Уверение, что контакт возможен, может способствовать дальнейшему поддержанию достижений лечения. Часто полезно договориться о контрольных встречах, например, о сеансе или двух в течение последующих шести месяцев.

Предыдущий пример мисс Л.Х. отражает два противоречивых желания: завершить терапию и избежать расставания. Противоречие это разрешается следующим образом: делается шаг к завершению терапии, однако дается возможность последующих контактов. Во сне это противоречие разрешается тем, что пациентка становится профессионалом и, таким образом, коллегой, товарищем терапевта. И она, продолжая свое образование, действительно двигается в этом направлении. Она также позаботилась о том, чтобы получить номер телефона терапевта, так как это «поможет держать его в курсе» и «обеспечить безопасность».

НЕОБХОДИМОСТЬ ДАЛЬНЕЙШЕГО ЛЕЧЕНИЯ

Если к назначенному времени завершения поддерживающей экспрессивной терапии не удалось достичь поставленных целей, особых проблем не возникает: терапия продолжается. При ограниченной во времени поддерживающей экспрессивной терапии также можно продлить время лечения в том случае, если возникли новые задачи или не остается достаточно времени для решения старых. Если возможности клиники или исследовательская программа не позволяют этого сделать, то нужно рекомендовать пациенту другого терапевта.

ГЛАВА 10. ВАРИАЦИИ И ДОПОЛНЕНИЯ

В настоящей главе будут рассмотрены четыре основных разновидности ПЭ и дополнения к ней: (1) В отношении отдельных пациентов может применяться ограниченная во времени психотерапия (ПЭ-ОВ). Основные отличительные особенности ПЭ-ОВ будут рассмотрены далее вместе с иллюстрирующим ее применение примером. (2) В определенных случаях, как в ограниченной по времени терапии, так и в терапии с открытыми сроками, стоит расширить терапевтическую группу, включив в нее семью пациента и других близких ему людей. (3) В дополнение к обеим формам терапии могут применяться фармакологические средства. (4) И, наконец, перед началом терапии должно быть проведено тщательное обследование на наличие/отсутствие органической патологии.

ОГРАНИЧЕННАЯ ВО ВРЕМЕНИ ПСИХОТЕРАПИЯ (ПЭ-ОВ)

В руководстве уже были описаны принципы ПЭ-ОВ, причем они рассматривались с целью ее отделения от ПЭ. Далее приведены две отличительные характеристики ПЭ-ОВ:

1. *Временное ограничение.* Основная особенность ПЭ в сравнении с ПЭ-ОВ состоит во временном ограничении терапии. Указание на временной лимит оказывает влияние на процесс лечения. В ПЭ-ОВ терапевт и пациент договариваются о временном лимите, обычно не более 25 часов, однако при этом они могут обговорить условия,

при которых терапия будет продолжаться сверх установленных сроков.

2. *Четкий терапевтический фокус.* Обе формы лечения, поддерживающая экспрессивная терапия (ПЭ) и поддерживающая экспрессивная ограниченная во времени терапия (ПЭ-ОВ), имеют «фокальный» характер, который предусматривает, что отбор главных целей терапевтической работы делается на ранних стадиях лечения. ПЭ-ОВ имеет еще большую по сравнению с ПЭ концентрацию на определенном фокусе. Как правило, внимание бывает сосредоточено на аспектах центральной темы конфликтных отношений (ССРТ) и связанных с ней симптомах. Эти аспекты обычно соотносятся с одной из целей пациента. В концентрации на определенной цели ПЭ-ОВ в большей степени, чем ПЭ, близка по своему происхождению к краткосрочным видам терапии, к которым относятся терапия Балинта (Balint, 1972), Мэлана (Malan, 1963, 1976), Сифнеоса (Sifneos, 1972) и Манна (Mann, 1973).

Помимо двух указанных особенностей, данные формы терапии имеют базовые сходства. Например, они похожи друг на друга по временным фазам. ПЭ-ОВ является организованной и структурированной во времени, а не укороченной ПЭ терапией, в которой различимы более четко определенные стадии начала, середины и окончания.

ПРИМЕР: МИСТЕР Ф.Г.

Данный пример иллюстрирует отличительные особенности ПЭ-ОВ. Они были проанализированы терапевтом в процессе принятия решения относительно ограничения терапии десятью сессиями. Приведенные ниже параметры были выделены в процессе предварительного обследования (и даны более детально в отчете по обследованию в приложении 2):

1. Пациент был высоко мотивирован на лечение.
2. Пациент понимал, что психологическая составляющая его основного симптома депрессии достаточно велика;
3. Пациент успешно функционировал на протяжении жизни до возникновения депрессии, которая началась после смерти его матери шесть лет назад, после чего он прошел курс психотерапии.

4. Пациент был склонен к созданию отношений зависимости, и ограниченная во времени психотерапия, вероятно, могла воспрепятствовать установлению таких отношений.

Предварительное обследование также привело к принятию следующих решений относительно процедур предполагаемого лечения:

I. Лечение должно было быть поддерживающим, что означает: (1) терапевт будет признавать компетентность пациента и содействовать ее поддержанию; (2) терапевт изучит проблемы пациента, связанные с физическим здоровьем, чтобы проанализировать, имеют ли они отношение к психологическим проблемам или же страдания пациента сводятся только к физиологическим причинам; например, импотенция может быть проявлением депрессии и/или следствием употребления препарата «индерал», который прописывается при высоком кровяном давлении. Для проверки воздействия индерала после консультации с врачом его прием был временно прекращен.

II. Терапия должна была быть также экспрессивной, что означало, что терапевт поможет пациенту проработать вопросы, связанные с отсутствием у его жены интереса к сексу и его импотенцией, а также с давлением, испытываемым со стороны начальника на работе. Как и смерть матери, эти факторы могли сыграть роль в развитии депрессии.

В процессе терапии были применены соответствующие техники, и предположения терапевта оправдались. Было обнаружено, что изменение в приеме индерала не оказывало значимого воздействия на импотенцию. Пациент и терапевт установили прочные позитивные отношения с самого начала терапии, и депрессия постепенно снизилась. Отдельные вспышки депрессии имели место на шестой сессии. Казалось, что грядущее завершение лечения и расставание с терапевтом пугало пациента до такой степени, что симптомы начинали возвращаться. Затем, после того как терапевт пересмотрела вместе с пациентом соглашение о времени и начала работать над смыслом завершения лечения, депрессия снова стала снижаться.

Для иллюстрации сущности взаимоотношений и взаимопонимания, которого смогли достичь пациент и терапевт, ниже приводится фрагмент девятой сессии.

Т.: Вы, должно быть, вернулись на работу.

П.: Откуда вы знаете? Я выгляжу усталым?

Т.: Нет, вам сняли повязку.

П.: Я вернулся в понедельник. Порез не был столь сильным. Я думаю, доктор беспокоился преимущественно из-за возможной инфекции и он, возможно, подумал, что я нуждаюсь в отдыхе.

Т.: Как ваша рука?

П.: Прекрасно. (Показывает руку терапевту.) Мой шеф уехал отдыхать на две недели, это хорошо. Меня не было две недели, и теперь его не будет две недели, это почти что отдых. Все в нашем магазине просто счастливы. (П. и Т. оба смеются) (пауза). Что случилось?

Отсюда начинается обсуждение реакции пациента на молчание терапевта огорчением, чувством отверженности, и, в конечном итоге, возможной депрессией.

Т.: Давайте поговорим об этом. Вы действительно чувствуете, что что-то не так, когда я молчу?

П.: Нет, я чувствую себя брошенным, как будто вы изучаете что-то. Понимаете?

Т.: Нет.

П.: Когда люди не разговаривают, это полное молчание. Когда я ничего не слышу, я чувствую, что как будто что-то еще завладело их вниманием, а я не знаю что. Я начинаю оглядываться. Если они повернут головы, тогда я понимаю, что что-то пропустил.

Т.: Но когда я молчу и смотрю на вас, что вы чувствуете?

П.: Как будто вы оцениваете что-то.

Т.: Вы имеете в виду, что я думаю о вас как о пациенте, реальной личности или объекте для эксперимента?

П.: Да.

Т.: Вы говорили мне, что д-р Н. (предыдущий терапевт) не разговаривал с вами.

П.: Да, он вообще никак не реагировал, говорил только я. Когда вы идете к доктору, например, сломав руку, вы говорите: «Я сломал руку». Вы хотите, чтобы он что-нибудь сделал. То же самое в отношении психологических проблем.

Т.: Понятно, вы говорите, что у вас есть проблемы и вы хотите, чтобы их решали.

П.: Да.

Т.: В терапии это немножко не так, потому что мы пытаемся помочь людям открыть в себе силы для излечения. Если кто-нибудь говорит: «Что мне делать с моей проблемой?», мы стараемся не давать советов, что делать, потому что то, что правильно для одного человека, может быть неверным для другого. Мы пытаемся помочь каждому найти верное решение для себя.

П.: Согласен.

<...>

Т.: Вы думали относительно того, что у нас осталась всего одна встреча?

П.: Да. Вы собираетесь закругляться? У меня нет больше депрессии, но что я буду делать, если она вернется? Как я избавлюсь от нее?

Т.: Хорошо, а чему вы научились?

П.: Понимать ее. Хм, иногда люди просто разговаривают со мной, и я не говорю много, а они благодарят за помощь. А я ничего не делаю. Я просто слушаю. Это помогает. Каким-то образом они понимают это.

Т.: Вы это делали для людей?

П.: Угу.

Т.: Держу пари, вы делаете больше. Они знают, что не одиноки со своими тревогами.

П.: Не одиноки, это очень важно. Однако есть одна вещь, я до сих пор испытываю трудности в концентрации, и это так важно теперь. (Пациент рассматривает только что сказанное как новую цель терапии и основу для продолжения лечения.)

Т.: Да. Это отчасти связывает вас, потому что вы беспокоитесь, а беспокойство затрудняет концентрацию. <...> В жизни есть много вещей, подобных этой, но когда вы немножко расслабитесь, станет легче. Это подобно тому, как вы мне рассказали о решении задач по математике. Вы чувствуете, что вы как будто выпали из времени, но на самом деле у вас есть время сделать все, что важно.

П.: Я говорил жене, что у нас слишком мало времени для того, чтобы оставаться вместе и быть несчастными. Есть

только две вещи, достойных внимания. Она сказала, что любит меня и что ее неудачи в сексе происходят не из-за меня. Это из-за того, что у нее в течение года не было менструаций. Я предложил ей сходить к врачу, и она согласилась.

(Ранее пациент думал, что жена менструирует.)

Т.: Она, должно быть, напугана. Ей 46 лет. Обычной причиной окончания менструаций у женщины является менопауза. Вы не знали, что чувствовала ваша жена. Менопауза воздействует на женщин по-разному. Иногда они начинают ощущать свою женственность угнетенной. Позднее они принимают это и становятся более сексуальными, потому что уже не боятся забеременеть.

П.: Я понимаю.

Т.: Некоторые думают, что не стоит иметь сексуальные контакты после этого, но это неправильно. Ей следует пойти к доктору и получить нужную информацию. Она, должно быть, напугана.

П.: Мы занимались сексом дважды на этой неделе. Это не было здорово, но было нормально. Я думаю, если бы она была теплее по отношению ко мне, я бы делал это лучше. Что если она станет очень сексуальной, а я буду недостаточен силен?

Т.: Я не знаю, что случится в будущем, но сейчас вы обсуждаете это друг с другом, и я думаю, успешно сделаете все, когда придет время. Посмотрите, вы говорите, что у вас есть два выхода. Разойтись или возобновить обязательства беречь друг друга. Вы не говорили мне о том, что хотите развестись. Вы хотели иметь свой дом.

П.: Я не хочу разводиться. Я вел беспорядочную жизнь, когда был молодым и женщины были молодыми. Это часть процесса взросления, но теперь я-я вырос и не хочу вести такую жизнь. <...>

Я хотел спросить вас, понимаете, как вы запоминаете все про всех пациентов? У вас есть магнитофон? (Кажется, пациент думает, что он создал с терапевтом запоминающиеся и значимые для нее отношения, и хочет, чтобы она признала это.)

Т.: Нет. Каждый пациент – индивидуальность. Это примерно так же, как вы помните какие-то аспекты из жизни знакомых вам людей.

На этой сессии видны некоторые компоненты терапии, ведущие к положительным изменениям. Первое и наиболее важное состоит в том, что пациент почувствовал понимание и поддержку со стороны терапевта. По ходу терапии его потенция возросла и увеличилось чувство контроля по сравнению с началом терапии. Терапевт попыталась дать пациенту понять, что силы для исцеления находятся в нем самом, а не только в терапевте. Затем пациент почувствовал поощрение к прояснению эмоциональной и сексуальной холодности его жены, и, как следствие, осознал, что она происходит из-за проблем со здоровьем жены, и что причины вовсе не в нем самом. Импотенция исчезла, пациент возобновил сексуальную жизнь и чувство несостоятельности в этой сфере значительно снизилось. Поддержка терапевта и улучшения отношений с женой оказали помощь в выздоровлении от депрессии.

СЕМЬЯ ПАЦИЕНТА И ДРУГИЕ БЛИЗКИЕ ЕМУ ЛЮДИ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ГРУППЕ

В целом ПЭ является индивидуальной психотерапией. Большая часть ее терапевтических методов осуществляется путем развития и изменения отношений между пациентом и терапевтом через понимание их взаимоотношений, в особенности через анализ переноса.

Однако это не означает, что ПЭ всегда должна быть ограничена присутствием только пациента и терапевта. Пациент практически всегда входит в семейные или близкие к семейным отношения, и иногда полезно провести несколько сессий совместно с одним или более членами такой группы. Наиболее часто группы включают родителей, братьев и сестер, супругов и других партнеров. Сессии с расширенной группой дают преимущества в получении специальной информации, а также обеспечивают возможность критической оценки и коррекции дальнейших терапевтических методов:

1. Специальная информация черпается из наблюдений пациента и терапевта за процессом взаимодействия

пациента с другими и, таким образом, углубленного понимания этого взаимодействия. Часто понимание расширяется с помощью проведения параллелей с взаимодействием «пациент — терапевт».

2. Кроме того, способность к исцелению возрастает из-за присутствия других значимых для пациента в данный период времени фигур. Частично эта способность увеличивается из-за того, что: (а) другие члены группы также формируют терапевтические узы и привлекаются терапевтом в качестве агентов терапевтических изменений; (б) расширенный фокус терапевтической работы состоит в изменении структуры группы. Основная идея терапевтической работы с пациентом, как с членом группы, состоящей из близких родственников, заключается в расширении осознания путем анализа структуры группы и сопутствующего ему отбора фокальных целей терапии, была описана Минухиным (Minuchin, 1974).

Рекомендуемый метод создания терапевтической группы состоит в том, что пациент сам приглашает других людей. Слова, которые он говорит при этом, повторяются терапевтом на первой встрече группы:

Т.: Мы сочли важным узнать, как вы представляете себе проблемы пациента. Таким образом, нам хотелось бы, чтобы вы присутствовали и принимали участие в терапии. Как вы представляете себе эту проблему?

Значимый друг(ой): (выражает свою точку зрения)

Т. спрашивает **П.:** Скажите, пожалуйста, как вы представляете проблему, чтобы ... (другой) мог понять вас.

Далее идет обмен репликами между пациентом и значимым другим. После прослушивания обмена репликами терапевт в состоянии оценить проблему отношений между пациентом и значимым другим и может на основании этого выбрать дальнейшую терапевтическую стратегию. Первый шаг терапевта состоит в том, чтобы показать обоим проблемные моменты их взаимодействия. Так как терапевт и пациент уже имеют опыт общения, им будет легче выявить черты сходства во взаимоотношениях пациента со значимым другим, терапевтом и родителями в детстве.

Примерно у одного из десяти амбулаторных пациентов ПЭ терапии использование такой расширенной группы, как дополнения к ПЭ индивидуальной психотерапии, оказалось потенциально полезным. Для остальных такое дополнение не является обязательным и, как правило, пациенты демонстрируют улучшения и без него.

ПРИМЕР: МИССИС М. (см. с. 113)

После года еженедельных индивидуальных сессий пациентка смогла решиться попросить мужа о том, чтобы он принял участие в терапии. В течение последующих нескольких месяцев муж приглашался почти каждую вторую неделю. На протяжении этого периода пациентка смогла проработать стратегию достижения большего чувства свободы и, таким образом, большей свободы от сексуальных запретов. Без поддержки, которую муж получил, участвуя в терапии, он вряд ли мог бы принять такую ее стратегию. Терапевтическая работа строилась с учетом двух факторов: во-первых, пациентка могла выразить свои потребности, и, во-вторых, муж чувствовал поддержку, будучи членом терапевтической группы. Успешное завершение терапии, выражающееся в освобождении пациентки от первоначальных симптомов, определенно могло произойти и без участия мужа, но этот шаг помог сделать резкий прогрессивный скачок и сократить время терапии.

Некоторые менее заметные положительные изменения были достигнуты другой пациенткой, которая также пригласила на терапию своего мужа. После шести месяцев индивидуальной психотерапии пациентка захотела, чтобы муж принял участие в обсуждении их сексуальных проблем. Терапевт согласился и при встрече объяснил мужу пациентки необходимость его участия. После нескольких встреч были отмечены значительные позитивные сдвиги благодаря тому, что пациентка заручилась поддержкой мужа при решении проблем. По сравнению с первым примером во втором позитивные изменения не были столь ярко выражены, однако определенные терапевтические сдвиги были достигнуты.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМИ И ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ

Психофармакологические средства могут оказаться полезными при наличии конкретных показаний. Основной риск при этом состоит в том, что психофармакологическим препаратам может отводиться слишком большая роль и они, таким образом, будут занимать место психотерапевтических техник. Когда принимается решение об использовании медикаментозного лечения, следует опираться на следующие принципы:

Принципы психофармакологии

Принцип 1. Комбинированное лечение, состоящее из психофармакологических средств и психотерапии, может быть эффективнее, чем просто психотерапия

Результаты исследований показывают, что в отдельных случаях дополнения в виде психофармакологических средств могут содействовать прогрессу в лечении пациента. Знания в этой области растут очень быстро и значительно расширяются год от года (как отмечено в обзоре Люборски и др. (Luborsky, Mintz, Auerbach, Crits-Christoph, Bachrach and Cohen, 1984). В обзоре 15 исследований, 12 из них демонстрируют значимое превосходство комбинированного лечения над просто психотерапией. В остальных трех не было выявлено значимых различий между комбинированным лечением и психотерапией. В большинстве исследований применялась психодинамически ориентированная психотерапия, которая в соответствии с приведенными краткими описаниями имеет сходство с ПЭ. Хотя исследования в основном проводились на госпитализированных пациентах, чаще всего с диагнозом «шизофрения», в них были продемонстрированы те же результаты, что и в исследованиях, проведенных на невротических амбулаторных пациентах. Комбинированное лечение в целом представляется эффек-

тивным, так как два комбинированных вида лечения показали одинаковые положительные результаты; к ним относились: (а) психотерапия плюс фармакотерапия в сравнении с использованием только фармакотерапии и (б) другой высокоэффективный вид лечения — психотерапия плюс терапевтическое медикаментозное лечение в сравнении с использованием только медикаментозного лечения в случаях психосоматических заболеваний.

Почему комбинированные виды лечения особенно эффективны? Они могут создавать дополнительный эффект или несколько положительных результатов, взаимно дополняющих друг друга. В обзоре Смита, Гласса и Миллера (Smith, Glass and Miller, 1980, p. 180) показано, что комбинированные виды лечения производят гораздо больший эффект, чем эффект каждого вида лечения в отдельности. Например, в четырех исследованиях комбинированного лечения трициклическими антидепрессантами и психотерапией был обнаружен дополнительный эффект в лечении амбулаторных непсихотических небиполярных пациентов со средним уровнем депрессии (Weissman, 1979) по сравнению с каждой формой лечения в отдельности или с отсутствием лечения.

В исследованиях психотерапии в отношении медикаментозного лечения обычно применяют две основные стратегии: первая состоит в том, что отдельные пациенты (при соответствующих показаниях) принимают определенные препараты. Ожидаемые результаты работы в этом направлении состоят в следующем: (а) сравниваемые группы будут получать нужные препараты, но к завершению лечения не будет различий в их количестве; (б) если они принимали различное количество препаратов, то это количество не будет коррелировать с основными переменными исследования. В качестве примера первого варианта можно привести тот факт, что в Пенсильванском психотерапевтическом проекте (Luborsky, Mintz, Auerbach, Christoph, Bachrach, Todd, Johnson, Cohen, and O'Brien, 1980) использование медикаментозных препаратов, в отличие от его отсутствия, не имело отношения ни к одной из результирующих переменных. 36% из 73 пациентов принимали назначенные препараты во время лечения.

Это были небольшие и умеренные дозы транквилизаторов, например диазепам, или антидепрессантов, таких, как гидрохлорид amitриптилина (элавил).

Вторая стратегия состоит в том, что медикаменты не назначаются. Она используется не так часто, как первая. Ее все труднее и труднее применять, так как такая стратегия может вызвать депривацию некоторых нуждающихся в препаратах пациентов. Необходимо вести учет не предписанных, но принятых пациентами препаратов; следует также фиксировать дополнительные виды психологической помощи, получаемые одновременно с основным лечением, например консультации священника.

Принцип 2. Терапевты, квалификация которых не позволяет назначать психофармакотерапию, должны привлекать к сотрудничеству квалифицированных лиц

Психотерапевты, не имеющие глубоких знаний по психофармакологии или же не имеющие права назначать препараты, могут сотрудничать с коллегами-психиатрами. После назначения препаратов квалифицированный врач может проинструктировать терапевта относительно того, чего следует остерегаться в отношении побочных эффектов, а также относительно других аспектов лечения. Кроме того, врач может при случае встретиться с пациентом и проинформировать его лично. В отдельных ситуациях, даже если терапевт имеет достаточно знаний по психофармакотерапии, он предпочитает разделить функции назначения препаратов и психотерапевтического лечения. Например, как уже отмечалось ранее, в госпитале Фонда Меннингера существует практика назначения для каждого пациента и врача-психиатра, и психотерапевта; при этом врач выполняет функцию назначения препаратов и принятия других решений в выборе стратегии лечения. Если такое сотрудничество невозможно, терапевт, не имеющий достаточной квалификации в этой области, должен ограничить свою практику работой с пациентами, которые не нуждаются в медицинских препаратах.

Принцип 3. Терапевту следует попытаться понять, какой субъективный смысл имеет для пациента назначение медицинских препаратов

Терапевту следует уделить внимание тому, что означает для пациента назначение лекарственных средств (GAR, 1975 and Dochery, Marder, Van Kammen and Siris, 1977), так как назначение медикаментозной терапии наверняка внесет изменения в отношения между пациентом и терапевтом. Этот принцип – всего лишь часть более широкого принципа, суть которого состоит в том, что терапевт должен отслеживать, как пациент воспринимает его действия. (Принцип понимания №7.) Переживания пациента в этой ситуации могут быть связаны с главными проблемами отношений пациента и соответственно могут препятствовать прогрессу терапии. Наиболее часто встречаются следующие случаи: (а) переживание пациентом приема препаратов как признака собственной несостоятельности и потери контроля, (б) рассмотрение назначения препаратов как свидетельства провала психотерапии, и (в) рассмотрение терапевта как в высшей степени помогающей и всемогущей фигуры, назначающей магические лекарства.

К этому принципу отнесется два дополнительных:

Принцип 3а. Терапевт должен дать пациенту информацию относительно ожидаемого действия препаратов

Функция этой информации, которая занимает особое место в ряду обычного информирования пациента относительно текущих дел, состоит в том, чтобы уменьшить степень тревоги относительно целей и функций препаратов. Типичные цели лекарственной терапии состоят в снижении нарушений мышления или предотвращении их появления, или в редукции депрессии или тревожности.

Принцип 36. Терапевту следует проверить, не является ли прием препаратов замещением проработки проблем взаимоотношений между пациентом и терапевтом

Сущность этого принципа состоит в необходимости определения роли медицинских препаратов в работе с проблемами отношений, которые являются факторами достижения результатов психотерапии. В определенных случаях терапевт может прийти к решению использовать препараты, если после тщательного обследования стало ясно, что психотерапия не будет эффективна, даже несмотря на то, что проблема отношений включена в рассмотрение.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Физиологическое обследование желательно рекомендовать всем пациентам, которые собираются проходить психотерапию. Во многих случаях такое обследование является компонентом первоначальной оценки пациента.

Некоторые терапевты считают, что лучше ограничить обследование оценкой психологических особенностей пациента. Их аргументы могут состоять в том, что пациент пришел за психологической помощью, и, следовательно, физиологическое обследование должно проводиться лечащим врачом. Однако такая позиция может привести к опасным последствиям в связи с тем, что проблемы в психологической сфере часто отражают лежащие под ними органические причины. На этот счет трудно сделать обоснованные выводы без тщательного обследования. Особенно для пациентов с соматическими и психосоматическими состояниями важно, чтобы пациент и терапевт исключили физиологические причины или же выделили относительные вклады физиологических факторов в психологические симптомы.

В настоящем руководстве положительную роль физиологического обследования для психотерапии иллюстрируют два примера. Первый пример — это пример мистера Ф.Г. (с. 169), чей основной симптом депрессии был связан с импотенцией. Импотенция могла возникнуть вследствие приема препарата «индерал», который пациент принимал в связи с повышенным кровяным давлением. Физиологическое обследование показало, что индерал не был основной причиной импотенции. Другая проблема — застенчивость — не могла быть связана с физиологическими факторами. Эта информация помогла во время психотерапии как терапевту, так и пациенту. Эффект состоял в прояснении значения физиологических причин, что позволило направить все внимание в сторону психологических проблем.

Другой пациент, мистер П., которого беспокоили провалы в памяти, связывал их с органическим поражением головного мозга. Физиологическое обследование вместе со специальной нейропсихологической оценкой показало, что провалы в памяти не связаны с заболеваниями мозга. Эта информация принесла большое облегчение пациенту и позволила уделить больше внимания психологическим проблемам.

ГЛАВА 11. МЕТАФОРИЧЕСКИЕ АНАЛОГИИ

Пожалуй, можно было бы уже и закончить настоящую книгу, однако у автора возникла новая идея, — желание представить последовательность слушания, понимания и формулирования ответных реакций через метафорические аналогии. Такой способ изложения мыслей является примером метафорического мышления. Возникающие таким образом представления о чем-то основаны в большей степени на «первичных процессах» в отличие от объяснений, адресованных «вторичным процессам», которые использовались на протяжении всей книги. Такие представления передают переживания терапевта, работающего в рамках поддерживающей экспрессивной терапии. Их можно выразить посредством любой из пяти следующих аналогий: выращивание таинственного растения; очистка луковицы; разгадка криминальной истории; поиск дерева в густом лесу; игра в шахматы. Первая аналогия имеет в большей степени поддерживающий характер, остальные четыре — более экспрессивный.

ВЫРАЩИВАНИЕ ТАИНСТВЕННОГО РАСТЕНИЯ

Эта аналогия уподобляет процесс психотерапии выращиванию в домашних условиях какого-то неизвестного растения, которое не хочет расти должным образом. Поскольку это живой организм, то можно уверенно сказать, что оно обладает возможностями роста. Условия, способствующие росту, можно выявить с помощью анализа причин, по которым оно начинает пышно расцветать или чахнуть. Так как

это именно растение, то можно также предположить, что оно нуждается в свете, воде, воздухе и питательных веществах — в каких именно и в каких количествах, следует установить путем наблюдения (слушания) за реакциями растения на каждое из этих условий. В связи с тем, что растение находится в теплых домашних условиях (психотерапия), большая часть условий роста соблюдается. Поскольку у него были определенные трудности роста, даже самое строгое соблюдение условий не сможет устранить все возникающие проблемы. Но благоприятная обстановка обеспечивает наилучшее сочетание питательных веществ (двух главных типов — поддерживающего и экспрессивного) наряду с терпеливым ожиданием и наблюдением. В итоге вы создаете нужные условия на основе общих познаний в области методов выращивания растений, внимания к необходимым данному растению условиям, а также желания их обеспечить.

ОЧИСТКА ЛУКОВИЦЫ

Каждый снимаемый слой обнажает последующий; снимая один слой за другим, приближаешься к сердцевине. Чем дольше смотришь на каждый слой, тем сильнее щиплет глаза, и в конце концов наворачиваются слезы. Но когда чистка лука окончена, слезы можно смахнуть и подумать о том, что результат ваших трудов станет частью трапезы, восстанавливающей силы.

Аналогия с процессом психотерапии достаточно очевидна: понимание каждой проблемы в текущих отношениях, как кожуры воскрешаемых эмоционально-нагруженных отношений прошлого, может придавать пациенту новые силы (принципы понимания и формулирования ответных реакций на перенос).

РАЗГАДКА КРИМИНАЛЬНОЙ ИСТОРИИ

Еще одна аналогия уподобляет процесс терапии нахождения виновного (или виновных) в таинственной истории.

Роберт Уэлдер (Robert Waelder, 1939) и Экштейн (Ekstein, 1980) использовали это сравнение для процесса интерпретации. Главное требование состоит в том, чтобы пациент и терапевт (два детектива) продолжали идти по следу и находили улики (принципы понимания). След ведет ко все более ясному представлению о том, «кто это сделал». Как в любом хорошем детективе, не все следы ведут к обнаружению виновного (виновных). Действительно, одно из удовольствий, которое доставляет хорошая детективная история, заключается в способностимышленого детектива делать правильные выводы, позволяющие пробиться сквозь хитросплетение совпадений и ложных следов и поймать преступника. Для достижения желанных результатов терапевт и пациент, подобно детективам, должны стремиться к переживанию инсайтов. В детективных историях, столь похожих на поддерживающую экспрессивную психотерапию, редко обнаруживается только один виновный. «Виновных» можно сравнить с «виновными» проблемами взаимодействия и связанными с ними симптомами и обстоятельствами, в силу которых эти симптомы настойчиво проявляются. Виновные обычно совершают свои подлые деяния не однажды, а по несколько раз.

Аналогия со следователем из детектива отражает некоторые существенные составляющие рассматриваемой формы психотерапии, но все же имеет определенные ограничения. Терапевт не должен становиться безжалостным преследователем, охотником за уликами, который, обнаружив их, восклицает: «Ага, ты здесь соврал!», в результате чего пациент начинает чувствовать себя преступником.

ПОИСК ДЕРЕВА В ГУСТОМ ЛЕСУ

Процесс понимания в психотерапии подобен постепенному обнаружению очертаний дерева (значений) в гуще леса (возможных значений). Его ствол трудно опознать с большого расстояния, но по мере приближения это можно сделать безошибочно. Однако мириады веток остаются таинственно скрытыми, даже если прикоснуться к стволу дерева. В таком лесу невозможно увидеть дерево

целиком, ни на расстоянии, ни вблизи, лишь неоднократное всматривание с различных позиций может дать общую картину, хотя некоторые части могут так и остаться скрытыми навсегда.

Возвратимся от дерева к терапии. Количество материала, который нужно обнаружить, определяется принципом раскрытия только того, что необходимо для выздоровления пациента. Следовательно, для наступления выздоровления необязательно видеть все дерево целиком; должна быть видна лишь достаточная его часть, чтобы можно было работать с теми проблемами взаимоотношений (ветвями), которые преграждают путь и мешают движению вперед (6-й принцип понимания). Стволом дерева могут быть желания, а ветвями — следствия, как это формулируется в методе центральной темы конфликтных отношений. Когда пациент и терапевт сосредотачиваются на конкретной проблеме взаимоотношений, которая проявляется в их текущих отношениях, становятся видны связующие ветви, которые ведут к невидимым прежде источникам и возможным решениям проблем. После того как структура ствола и связующих ветвей обнаружена и рассмотрена, пациенту не обязательно удерживать все это в памяти. Решающим моментом является то, смогут ли возникшие в результате терапии решения проблем стать частью совладающего поведения пациента.

ИГРА В ШАХМАТЫ (ПЕРЕСМОТРЕННАЯ АНАЛОГИЯ)

Психотерапия подобна партии в шахматы, разыгрываемой между пациентом и терапевтом. Эта аналогия с процессом психотерапии, отмеченная еще в начале этой книги, стала широко известна благодаря Фрейду (1913а). Он заметил, что в шахматной игре, как и в психотерапии, правила для начальных и финальных ходов можно четко сформулировать, а для промежуточных — нельзя. Наилучший способ изучить эти ходы состоит в том, чтобы произвести партии мастеров шахматной игры.

Для обучения необходима система ученичества, поскольку она дает возможность «обнажить» процесс; учебники также могут быть подспорьем в этой системе. Однако для того типа психотерапии, который описывается в этом учебнике, данная аналогия применима не только к начальным и завершающим ходам, но также к промежуточным. Здесь предлагаются правила, дающие терапевту объективную основу для интерпретаций на любой стадии игры. Правила основаны на принципах постоянного сосредоточения на центральной конфликтной теме взаимоотношений (первый принцип понимания и формулирования ответных реакций). Более того, пациент, играя, стремится не только победить психотерапевта, как это было бы в настоящей игре в шахматы, но и создать альянс с ним, чтобы в совместной работе выяснить, каким образом игра пациента причиняет ему вред и какие требуются изменения. Совместная работа необходима, так как пациент не осознает некоторых фундаментальных правил и даже сопротивляется их пониманию.

Все пять аналогий метафорически передают какую-то часть терапевтического процесса, но ни одна из них не описывает полностью всей работы, осуществляемой при поддерживающей экспрессивной психоаналитически ориентированной психотерапии.

ЧАСТЬ III
ПРИЛОЖЕНИЯ

Только для личного использования

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

ПАМЯТКА ТЕРАПЕВТУ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ЭКСПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ

– До начала лечения пациент должен пройти предварительное интервью социализации, которое проводит сотрудник клиники или – в частной практике – специально проинструктированное лицо (глава 4).

– Примите меры, чтобы пациент и терапевт участвовали в процессе выбора друг друга (глава 4).

– На первой сессии обсудите основные условия терапии, а именно: количество сессий, сроки терапии (ограниченная или неограниченная во времени), размер оплаты, правила в отношении пропущенных сессий, соглашение относительно окончания лечения и т.д. (глава 5).

– На первой или второй сессии определите вместе с пациентом основные цели, которые будут на протяжении терапии время от времени пересматриваться (глава 5).

– На ранних сессиях и позже формулируйте главный фокус терапии в терминах проблем взаимоотношений (главы 5, 7, 8).

– На протяжении процесса терапии в зависимости от обстоятельств изменяйте соотношение поддерживающих и экспрессивных техник (глава 6).

– Заблаговременно подготовьтесь к окончанию лечения. Например: (1) когда краткосрочные цели достигнуты, специально обозначьте это для пациента; (2) чтобы сохранить положительные результаты терапии, уделите достаточное количество времени проработке значения для пациента окончания лечения (глава 9).

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

ПРИМЕР ОТЧЕТА ПО ПРЕДВАРИТЕЛЬНОМУ ДИАГНОСТИЧЕСКОМУ ОБСЛЕДОВАНИЮ, КОТОРОЕ ПРИВЕЛО К ОГРАНИЧЕННОЙ ВО ВРЕМЕНИ ПСИХОТЕРАПИИ

Данное резюме было составлено на основе предварительного обследования пациента. Во время обследования терапевт принял решение, что наиболее приемлемой формой лечения является ограниченная во времени психотерапия (ПЭ-ОВ, описанная в главе 10).

РЕЗЮМЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Мистер Г.	60	
<u>Фамилия пациента</u>	<u>Возраст</u>	<u>Дата обследования</u>

Основные данные: черный, женат, работает механиком полный рабочий день, по вероисповеданию баптист, не состоит в религиозных организациях.

Основные жалобы: «Приступы депрессии».

История болезни: Пациент был направлен из медицинской клиники д-ром А. для обследования по поводу депрессии. Пациент подтвердил, что страдает приступами депрессии в течение пяти лет. В эти периоды, которые продолжаются от половины дня до одного дня, отмечается ощущение опустошенности и потери интереса к жизни. Как правило, пациент чувствует себя подавленным и изредка ощущает пульсацию в висках. Он убежден, что с ним «что-то не то», и интересуется, не является ли это побочным действием приема препаратов, однако не опасается серьезных органических заболеваний типа рака. Пациент

спит с 11 часов вечера до 6 часов утра, но трудно засыпает и просыпается не отдохнувшим. На ночные кошмары не жалуется. Употребляет примерно 1/2 литра виски по выходным дням, употребление алкоголя в течение рабочей недели отрицает.

Пациент работает механиком пять дней в неделю и жалуется, что он «не совсем нормальный», так как делает ошибки из-за забывчивости. Отмечает сложности с запоминанием прочитанных в свободное время текстов.

Пациент жалуется на «импотенцию» с частичной эрекцией в течение пяти лет. Он не делал попыток заниматься сексом в течение двух последних месяцев из-за «потери уверенности». Запланировано обследование по поводу импотенции. В прошлом было рекомендовано протезирование пениса.

Дополнительно обсуждался планируемый пациентом уход на пенсию. Пациент полагает, что ему следует развивать новые интересы, например к фотографии, но конкретной мотивации на это не имеет.

Пациент сообщил, что был на приеме у психиатра, д-ра Н., «несколько лет назад».

Просмотр имеющихся записей показывает, что мистер Г. получал амбулаторную психотерапию в течение приблизительно трех месяцев в 1976 году при «хронической депрессии» и прекратил ее по неясным причинам. В настоящее время пациент не проявляет каких-либо эмоций относительно предыдущей терапии, кроме того, что, по его словам, терапевт «никогда ничего не говорил». Скорее всего, на данный момент пациент имеет амбивалентную установку по отношению к терапии; он даже не сообщил жене, что проходит обследование.

Просмотр клинических записей, начиная с 1978 года по настоящее время, показывает, что пациент начал принимать гидрохлортиазид и индерал в связи с гипертонией в 1979 году. Первые жалобы на импотенцию, усталость, апатию и бессонницу имеют место с апреля по октябрь 1981 года. Была сделана попытка прекратить прием индерала с января по март 1982 года, но пациент оставался в депрессии к марту 1982 года, когда прием индерала по 80 миллиграммов в день был возобновлен.

Пациент не смог связать какие-либо жизненные события с началом депрессии. Однако некоторые события явно заслуживают внимания: мать пациента умерла, когда ей было более 80 лет, в 1976 году. Перед смертью она около двух лет страдала острой деменцией. Пациент плакал, когда рассказывал, что она не узнавала его. Кроме того пациент сообщил, что очень беспокоится за сестру — алкоголичку. Пациент был седьмым, самым младшим, ребенком в семье и явно был очень близок к матери.

Брат пациента, которому сейчас 65 лет, был «замкнут в себе и сознание его помрачено» уже 10 лет, и о нем заботится сестра. Мистер Г. беспокоится, не грозит ли ему такая же участь. В 1976 или 1977 году у пациента появился новый руководитель на работе. Руководитель, которому сейчас 57 лет, был понижен в должности сразу на две позиции на мануфактурном заводе. Пациент описывает его как деспотичного, мелочного в отношении различных правил, «у которого все должно быть правильно», постоянно угрожающего и агрессивного. Мистер Г. полагает, что попадает под его удары чаще, чем другие механики, которым от 30 до 40 лет. До момента, когда два года назад его друг Б. смог перейти в другое подразделение, мистер Г. делился своими чувствами с Б. и чувствовал себя менее уязвимым. Размышления о ранней пенсии были основаны исключительно на желании избавиться от начальника, а вовсе не на потребности прекратить работу вообще. Попытки добиться перевода и найти справедливость через профсоюз не увенчались успехом, и пациент чувствовал себя неспособным изменить ситуацию. Естественно, он выражал свою агрессию на этот счет.

Личная, семейная и социальная история: Пациент — младший из семи детей, две сестры умерли в детстве: одна — от «детской болезни», другая погибла в автомобильной катастрофе. Уже упомянутый 65-летний брат страдает деменцией, самый старший брат — диабетом, одна сестра в течение долгого времени больна алкоголизмом, относительно проблем со здоровьем другой сестры ничего не известно. Отец пациента умер в возрасте более 80 лет, в 1949 году (пациенту было 25 лет), а его мать умерла в 1976 году от де-

менции. Пациент рос в полной семье, доучился до последнего курса профессиональной школы и бросил ее. Пациент имеет внебрачную дочь, но ее воспитанием не занимался. Сейчас дочери 41 год. Пациент женат в течение 15 лет и имеет двух неродных дочерей 27 и 24 лет, которые живут отдельно. Женился, чтобы «иметь дом», и утверждает, что у него хорошие отношения с женой, которой 46 лет. Жена работает в режиме полной занятости. К настоящему моменту она находится в возрасте предменопаузы, и мистер Г. не чувствует сексуального интереса к себе с ее стороны. Супруги живут в собственном доме.

Мистер Г. работает в одной организации уже 20 лет. Он отмечает, что не ощущает себя старше своих более молодых коллег.

Исследование психического статуса: Пациент опрятно одет, легко идет на контакт, проявляет повышенную тревожность, довольно многословен. На момент обследования ему 60 лет, склонен к полноте. Наблюдается слабая психомоторная задержка. В речи легкая дизартрия. Мыслительные процессы в норме, в содержании мышления галлюцинаций, паранойяльных или суицидальных идей не обнаружено. Настроение, по словам пациента, «депрессивное». Аффекты в норме, соответствуют ситуации, общение также в норме. Когнитивные функции, как показано в модифицированном методе Якобса (Jacobs), в отличном состоянии с быстрым и корректным представлением и пониманием. Легкая рассеянность проявилась в том, что пациент пришел на сессию в 10:45, хотя назначено было в 10:15. Пациент обладает, как минимум, средним уровнем интеллекта, хотя интерпретация пословиц была конкретной. Умозаключения в норме.

Медикаментозная терапия: Инсулин (1957); Мотрин — 400 мг; Гидродиурил 50 мг 9/78; Индерал 40 мг, 4/79; Сорбитрат — 10 мг и Ресторил — 30 мг.

Заключение.

Ось I 300.40 Дистимическое расстройство
Ось II Нет

- Ось III
1. Диабет – на инсулине с 1957 г.
 2. Гипертония.
 3. Двустороннее периферическое сосудистое расстройство.
 4. Вторичное нарушение слуха после хронического мастоидита и хронического отита среднего уха, использует слуховой аппарат.
 5. Дегенеративное нарушение шейного отдела позвоночника.
 6. S/P гепатит.
 7. В анамнезе – сифилис, лечение пенициллином.
 8. Импотенция
- Исключить неврологические или сосудистые проблемы, связанные с диабетом
Исключить побочный эффект индерала
Исключить депрессию
Исключить супружеские проблемы
Исключить алкоголь
- Ось IV Код 3 – слабая степень – Расхождение во взглядах с руководителем на работе и размышления о выходе на пенсию
- Ось V Очень высокая занятость в последний год – уровень 4 – значительная степень – имеет сложности в выполнении служебных обязанностей, рост социальной изоляции.

Вывод: Пациент, 60 лет, с многочисленными проблемами с физическим здоровьем, страдает депрессией и импотенцией. Начало депрессии и ее дальнейшее течение проявляется параллельно с проблемами со здоровьем, а также связано с потерей значимых отношений с матерью (в связи с ее смертью) и коллеги-друга (в связи с переходом на другую работу). Пациент проявляет легкую тревожность и значительный гнев в связи с невозможностью улучшить ситуацию на работе, где чувствует себя несостоятельным. Интеллектуальных нарушений нет.

К настоящему моменту немного знает о своем детстве. Был младшим ребенком в большой семье. Взрослое развитие отмечено поздним вступлением в супружеские отношения и поздним развитием карьеры. В текущем состоянии

наблюдаются признаки стадии дегенеративности по Эриксону и отмечается соответствующее чувство безнадежности, связанное с идентификацией с членами семьи, которые страдали от деменции, диабета и алкоголизма.

План лечения: Пациент дал мне разрешение ознакомиться с его медицинскими данными через лечащего врача, д-ра А. Данные показали, что тест функций щитовидной железы в норме и дополнительных обследований не рекомендовано. Результаты урологического исследования импотенции ожидаются. Д-р А. согласен попробовать отменить индерал и изменить терапию гипертонии.

Мистер Г. выразил желание проходить у меня терапию один раз в неделю в течение десяти сессий. Основной акцент будет сделан на поддерживающе-экспрессивном воздействии.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ СОЦИАЛИЗАЦИИ

Источником двух приведенных ниже отрывков послужило пробное предварительное интервью социализации, разработанное Орнэ и Вендером (Orne and Wender, 1968). Интервью предшествует короткий рассказ пациента о текущих жалобах и жизненных обстоятельствах. Эта информация помогает интервьюеру и пациенту сосредоточиться на проблемах, важных именно для данного пациента, а также дает интервьюеру материал для достаточно четкого представления об истории жизни пациента. Предполагается, что интервью будет проводить человек, задача которого – сориентировать пациента на психотерапию. По ходу первых встреч с пациентом терапевт может еще раз обсудить с пациентом некоторые моменты интервью. Хотя пробное интервью представлено здесь как монолог интервьюера, на самом деле он обычно прерывается вопросами, прояснением отдельных пунктов и вообще варьируется применительно к каждому отдельному случаю. Интервью такого рода «подгоняется» под конкретного терапевта, пациента и ситуацию в целом.

В этом интервью затрагиваются главные вопросы, существенные для предварительной подготовки к психотерапии. Первый из приведенных ниже отрывков касается роли пациента в процессе терапии. В нем речь идет о том, что именно пациенту, а не терапевту, предстоит говорить во время сессий. Пациент узнает также, что терапевт не будет давать ему советы. Вместо этого пациент научится сам решать свои проблемы. В интервью специально подчеркивается центральная роль лечебного фактора номер один: терапевт попытается понять пациента, а пациент сможет осознать то, чего он не знал о себе раньше. Новое знание будет включать также сведения о бессознательной

работе переноса; пациента специально подготовят к появлению обычных форм негативного переноса. Интервью заканчивается объяснением полезности выполнения инструкции говорить все, что приходит в голову. Итак, переходим к интервью.

«Что же такое терапия? Что это означает, что происходит во время терапии? Ну, во-первых, я вот сейчас много говорю; во время терапии ваш терапевт не будет говорить так много. Я просто хочу вам кое-что объяснить. Есть определенная причина того, что терапевт в ходе лечения не так уж много говорит. Всякий человек думает, что вот сейчас он расскажет терапевту все про свою проблему, и терапевт даст ему совет, благодаря которому все разрешится. Но так никогда не бывает. Совет недорого стоит, и вовсе не нужно за это платить. Прежде чем вы пришли сюда, вы уже получили советы от множества людей — вашего мужа или жены, родителей, друзей, семейного доктора, начальника и так далее. Многие из этих людей хорошо знают вас, некоторые знают даже очень хорошо; и если бы все дело было в получении совета, то неразумно было бы полагать, что терапевт сможет дать лучший совет, чем все те люди, с которыми вы обычно консультируетесь. Всем всегда ясно, что именно делается неправильно, но когда мы советуем кому-либо, что ему делать с проблемой, похожей на нашу, оказывается, что ему наш совет не помогает. К сожалению, когда люди дают советы, они обычно предлагают такие решения, которые хороши для них самих, но не годятся для человека, обратившегося за советом. Если бы все советы, которые вы получаете, помогали, то непонятно, как бы вы сюда попали. Терапевт хочет помочь вам разобраться, чего же вы на самом деле хотите — то есть какое решение будет наилучшим именно для вас. Работа вашего терапевта состоит не в том, чтобы давать советы, а в том, чтобы помочь вам найти свой путь решения проблемы.

Что это означает? Например, если ваш терапевт увидит, что у вас начинают возникать какие-то затруднения, он может предупредить вас об этом, но опять-таки окончательное решение, что делать, остается за вами. Огромное преимущество, которое имеется в ваших отношениях

с терапевтом, — это отсутствие у него каких бы то ни было корыстных интересов. Терапевт не воображает, будто ему известно, что для вас лучше, что хуже, он будет просто помогать вам выяснить это. Терапевт не думает, что он знает ответы, он лишь хочет вместе с вами понять, почему вы поступаете так или иначе.

Ну а теперь о том, что происходит во время терапии. О чем вам говорить? Что вам делать? Как это действует? Прежде всего вы будете говорить о своих желаниях, потребностях, намерениях, как о настоящих, так и о прошлых. Почему это помогает? Почему это важно? Тому есть много причин. Обычно люди как-то не очень любят говорить о всяких таких вещах, потому что это слишком личное или потому что они могут обидеть других людей, или еще по каким-нибудь похожим причинам. Но вы увидите, что с вашим терапевтом вы сможете говорить обо всем, что приходит в голову. У него нет каких-то предвзятых представлений о том, что правильно или неправильно для вас, что вам надо делать. Важно, чтобы вы просто говорили, потому что терапевт хочет помочь вам добраться до того, чего *вы* действительно хотите. Людям часто бывает трудно принять решение не потому, что им недостает информации, а потому, что у них никогда не было возможности обговорить проблему с кем-то, кто не будет пытаться принять решение за них. Работа терапевта и состоит в том, чтобы помочь *вам* принять решение.

Другая причина состоит в том, что большинство из нас не вполне честны с самими собой. Мы все пытаемся надуть самих себя, а задача терапевта — заставить вас осознать, когда именно вы это делаете. Терапевт не собирается сообщать вам, что он думает, он просто покажет вам, что два ваших высказывания не согласуются друг с другом. Вы знаете, что чувства накладываются одно на другое, как бы суммируются, как два плюс два в итоге дают четыре, но мы любим обманывать себя и утверждать, что это — пять. Задача терапевта и состоит в том, чтобы напомнить вам об этом, когда вы будете себя обманывать. Например, если взять ваши амбивалентные чувства по отношению к родителям (жене, мужу). Вы мне рассказали многое из того, что вам не нравится в вашей жене — как

она вас раздражает, как вам иной раз хочется бросить ее. Но одновременно есть причины, побуждающие вас жить с ней. Они должны быть уже потому, что вы продолжаете жить с ней. Задача вашего терапевта — помочь вам не упустить из виду все важные факты и переживания, чтобы вы могли принять решение, учитывающее все факторы. Это трудно, потому что иногда чувства противоречат друг другу; опять-таки, если бы это не было трудно, вы бы не были здесь, у вас бы не было этих проблем.

Вы наверняка слышали, что терапевты интересуются бессознательным. Что под этим подразумевается? Бессознательное — не такая уж загадочная штука. Например, вы наверняка встречали людей, которые вас как-то раздражают, даже злят, но вы не можете сказать ничего конкретного о том, что же именно вас злит. Может быть, этот человек напоминает вам кого-то, но вы не осознаете этого. Тот, кого он вам напоминает, действительно когда-то вызывал в вас гнев, и оказывается, что вы вновь испытываете гнев, но уже по отношению к тому человеку, с которым имеете дело сейчас. До тех пор, пока вы не вспомните, на кого же вы на самом деле сердитесь, довольно трудно будет избавиться от чувства раздражения. В данном случае осознание своего бессознательного — это лишь припоминание и признание различий между двумя людьми. Иногда, однако, осознание требует большой работы.

Когда мы сами не осознаем причин своего сильного чувства, как в приведенном случае, терапевты говорят, что оно бессознательно. Осознавая причины своей агрессии по отношению к кому-либо, мы учимся обращаться с этим человеком более реалистично. Например, весьма симпатичный человек может быть похож на кого-то, кого мы имели все основания не любить, и из-за того, что мы не осознаем этого сходства, мы лишаем себя возможности общаться с этим человеком, а ведь он мог бы нам понравиться. Задача терапевта — помочь распознать те ваши чувства по отношению к кому-либо, которые не соответствуют реальности, и затем научить вас понимать реальные причины...»

Особенно важный аспект интервью относится к обсуждению негативного переноса и предупреждению пациента

о его последствиях, благодаря чему минимизируется вероятность того, что из-за воздействий негативного переноса лечение будет прервано.

«Может случиться так, что когда вы начнете терапию, вы увидите, что некоторые из самых близких вам людей, которые сейчас оказывают вам какую-то помощь, будут считать, что терапия вам нисколько не помогает. Это часто является свидетельством того, что вы меняетесь, и эти изменения вызывают недоумение и недовольство у кого-то из ваших близких. Вам следует знать, что почти всегда во время терапии в близком окружении пациента находятся люди, которые убеждены, что ему становится только хуже — и часто именно тогда, когда у пациента на самом деле наступает улучшение. И сами вы тоже иногда можете почувствовать ухудшение и разочарование на каких-то стадиях лечения. Возможно, вам даже будет казаться, что вы ничего не добьетесь, что ваш терапевт сам не знает, что делает, и в этом нет никакого смысла и т.д. Именно эти чувства часто являются хорошим индикатором того, что работа идет и причиняет вам некоторые неудобства. Очень важно не поддаваться таким временным чувствам.

Знаете, просто удивительно, но когда вы начнете говорить на более трудные темы, вдруг оказывается, что у вас появляются проблемы с тем, чтобы приходить вовремя на встречи с терапевтом. Вы не в состоянии уйти в нужное время с работы, так как внезапно нужно остаться сверхурочно как раз тогда, когда вы должны идти к терапевту, или машина ломается, или семья нуждается в вашей помощи и так далее. Все это кажется совершенно не имеющим никакого отношения к терапии. Но самое забавное состоит в том, что эти обстоятельства начинают возникать как раз тогда, когда вам приходится несладко во время терапевтических сеансов. Это означает, разумеется, что вы добрались до чего-то важного и сложного и что именно сейчас важнее всего посещать терапевта. Рано или поздно это обязательно случается. Единственный способ защититься состоит в том, чтобы не позволять себе оценивать важность того или иного сеанса, а просто заранее решить, что вы придете, будь хоть потоп, хоть землетрясение. Другими словами, если вам назначен сеанс, вы приходите

на него регулярно. Это не означает, что вы не можете перенести встречу по какой-то уважительной причине, если заранее обсудите это с терапевтом. Например, если вы за три или четыре недели уже знаете, что вам нужно поехать в командировку, то, как правило, пропуск сеанса при таких обстоятельствах не нарушит хода лечения. Речь идет лишь о неожиданных происшествиях, которые почти всегда бессознательно планируются.

Другой момент: во время лечения вы часто будете чувствовать себя неудобно. С одной стороны, терапевт будет говорить довольно мало, и вам придется самому решать, о чем рассказывать. На самом деле, в жизни мы все время это делаем. Если бы мы этого не делали, то нажили бы себе кучу проблем. Если вы, к примеру, считаете своего начальника идиотом и говорите ему об этом, вы запросто можете потерять работу. В общем, нам приходится отделять то, что думаем, от того, что говорим. В терапии это не так. Вы просто говорите все, что приходит в голову, даже если вам кажется, что это не имеет отношения к делу. Это неважно. Важно лишь, чтобы вы это сказали. И если вам кажется, что это может разозлить терапевта, то не бойтесь, говорите все равно. В отличие от ситуации с начальником, если вы думаете, что ваш терапевт идиот, нужно сказать ему об этом. Это может показаться очень трудным, и все же это одна из наиболее важных вещей, которым вы учитесь во время терапии – говорить все, что приходит в голову. Часто то, что вы считаете тривиальным и неважным, как раз является ключом к чему-то очень значимому.

Например, вы можете вдруг почувствовать, что в комнате жарко или терапевт как-то смешно одет, или еще что-нибудь вроде этого, кажущееся несколько тривиальным и бестактным, чтобы сказать вслух. Но в терапии, если вам пришло что-то в голову, следует сказать об этом. Мне много раз приходилось видеть, как подобные высказывания оказывались крайне важными. Поэтому, как и в отношении посещения сеансов, мы устанавливаем абсолютное правило, что вы не продумываете заранее, о чем вам следует говорить, и не пытаетесь тем самым защититься от встречи с чем-то действительно важным. Говорите то, что в данный момент у вас в голове, независимо от того, что именно».

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

ПРИМЕР ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА ЦЕНТРАЛЬНОЙ ТЕМЫ КОНФЛИКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ: ИНСТРУКЦИЯ ИССЛЕДОВАТЕЛЮ

Эффективный способ формулирования центральной конфликтной темы пациента состоит в просмотре серий «эпизодов взаимоотношений», выбранных из психотерапевтических сессий. Эпизоды взаимоотношений являются компонентами сессий, в которых пациент представляет нарративы взаимодействия с другими людьми, включая терапевта. Иногда актов взаимодействия с терапевтом бывает больше, чем нарративов, но нарративы представляют собой сущность, законы отношений. При формулировании ССРТ концентрация на эпизодах взаимоотношений, а не на сессии целиком экономит время и обеспечивает большую продуктивность, потому что эпизоды дают конкретные примеры взаимодействия с людьми в сжатой форме. Читатель может сформулировать ССРТ после просмотра эпизодов взаимоотношений и их подсчета согласно приведенным ниже принципам.

Данное приложение содержит следующую последовательность: порядок подсчета ССРТ, транскрипт фрагмента одной сессии, бланк подсчета ССРТ, бланк резюме по ССРТ, описание процесса подсчета по данному транскрипту и резюме исследований метода ССРТ.

Порядок подсчета ССРТ

Для подсчета ССРТ следуйте приведенному ниже алгоритму и приложите бланк подсчета ССРТ к транскрипту. Используйте столько бланков ССРТ и бланков резюме ССРТ, сколько нужно. Приведенный ниже транскрипт

был выбран в связи с тем, что он предоставляет для формулирования центральной темы больше информации, чем для иллюстрации принципов ПЭ терапии. Данный транскрипт является первым 20-минутным фрагментом третьей сессии с пациентом – мистером Б.Н., студентом последнего курса колледжа, которому во время терапии был 21 год. 20-минутный фрагмент вполне подходит для данного примера, так как содержит семь эпизодов взаимоотношений (ЭВ), то есть достаточное количество для формулирования ССРТ. ЭВ были выделены независимыми экспертами линией на левом поле от начала до конца эпизода. В начале был выделен центральный объект ЭВ.

Шесть этапов формулирования ССРТ приведены ниже. Первые четыре наиболее важны. Пятый этап необязателен; он предоставляет более детальную информацию относительно последовательности взаимодействия между пациентом и другими людьми, описываемыми в ЭВ пациента. Шестой этап предоставляет информацию относительно того, в какой степени каждый компонент ССРТ является частью переживания пациентом взаимоотношений с терапевтом и таким образом, согласно определению Гилла (Gill and Hoffman, 1982b), может быть рассмотрен как часть переноса.

1. Подсчет ЭВ для компонентов темы

Эксперт читает и перечитывает ЭВ, которые уже были отмечены в транскрипте. В процессе чтения ЭВ эксперт подчеркивает в транскрипте три класса компонентов: *Ж* (желания, потребности, намерения), *РО* (реакции объекта) и *РЯ* (реакции «Я»). *РО* и *РЯ* в дальнейшем подразделяются на позитивные и негативные. Уровень интенсивности может также оцениваться для каждого компонента (в основном для исследовательской практики). В конце первого этапа эксперт переносит подсчет из транскрипта на бланк ССРТ вместе с формулировкой типа компонента, например, конкретное выраженное пациентом желание.

2. Формулирование центральной CCRT

Эксперт просматривает бланк с ЭВ с целью найти формулировку, которая была бы приложима к большинству ЭВ. Данный этап очень важен для понимания Ж, в то время как РО и РЯ не требуют больших усилий в абстрактном формулировании.

Иногда эксперту довольно легко суммировать то общее, что характерно для большинства ЭВ. В такие моменты обобщенная формулировка Ж точно соответствует напрямую выражаемому Ж каждого ЭВ. Однако часто во время просмотра всех ЭВ оказывается необходимой формулировка Ж на гипотетическом уровне. В случаях большого количества ЭВ очень важно не позволить формулировке CCRT стать более абстрактной, чем это необходимо. Именно на этом этапе особенно требуется мягкий осторожный подход, который обеспечивается экспертом. Выполнение таких условий может обеспечить только человек, а не компьютер.

3. Приведение в соответствие оценки, проведенной на этапе 1, для компонентов сообщенной формулировки CCRT, полученной на этапе 2

Оценка на этапе 1 требует перепроверки, чтобы быть уверенным, что все компоненты обобщенной формулировки CCRT были найдены и просчитаны. Важно сохранить подсчет на этапе 1 отдельно от формулировок этапа 2, потому что это поможет увидеть, как часто и как много изменений происходит после второго этапа. Поэтому используйте прописные буквы для дополнений и изменений, произошедших на этапе 2.

4. Переформулирование CCRT

Все компоненты перечисляются и просчитываются в бланке резюме CCRT. Наиболее часто встречающаяся цепочка «желание – реакция другого – реакция «Я» является основой CCRT.

5. Запись последовательности взаимодействия (необязательно)

Запись последовательности Ж и реакций пациента и других внутри каждого ЭВ может добавить ценную информацию. Она дает возможность проникнуть в обычную последовательность взаимоотношений пациента (как предлагает д-р Эллен Берман (Ellen Berman, personal communication, 1979)). В процессе прочтения ЭВ порядок появления компонентов темы может быть отмечен с помощью проставления последовательности номеров в транскрипте (как показано в примере на с. 211) и последующего переноса последовательности номеров в бланк ССРТ и резюме по ССРТ. Наш опыт работы на этом этапе показывает, что последовательность взаимодействия в высшей степени стереотипна.

6. Оценка переживания пациентом компонентов ССРТ и их включенности в перенос

В связи с тем, что перенос определяется как переживание пациента, эксперт должен категоризировать переживания каждого компонента ССРТ.

Руководство по подсчету желаний, потребностей и намерений по отношению к объекту

Эксперт читает транскрипт ЭВ и подсчитывает два вида «желаний»: (1) «желания», которые явно выражены, (2) «желания», наличие которых легко предположить, (Ж). Если «желания» легко не выводятся, значит, для данного ЭВ не будет значений «желаний».

ПРИМЕР Ж: МИСТЕР Б.Н., ЭВ1

«В конце фантазий позиция изменилась — и я наступал на *него* вот так» (описание случая см. на с. 211).

ПРИМЕР (Ж): МИСТЕР Б.Н.

Иногда (Ж) выявляются только после прочтения серий ЭВ. Далее следует пример (Ж), который стал очевиден только на этапе основных формулировок (этап 2): ЭВ4: «Я действительно не хочу иметь с ней сексуальные отношения» (то есть желание быть достаточно настойчивым, чтобы выйти из отношений).

Выбор между конкурирующими формулировками желаний

Бывают случаи, когда формулировка основного желания представляет концептуальную проблему. Эксперт может колебаться в отношении того, какое из двух желаний первично. Как правило, эксперт может принять решение на основании частоты встречаемости различных желаний и выбрать наиболее часто встречающееся в качестве главного. Зачастую два конкурирующих желания оказываются тесно связанными между собой в том смысле, что они находятся в водовороте повторяющегося конфликта друг с другом. Кроме критерия частоты, было замечено, что *последовательность* выражения желаний в нарративе позволяет выявить первичное желание. Более того, первичное желание также наиболее согласуется с желанием, в котором отражены ожидания пациента по поводу отношений с людьми.

ПРИМЕР: МИСТЕР Б.Н.

(пример приведен полностью в конце приложения).

Его наиболее частым желанием было «Я хочу утвердить себя и противостоять давлению со стороны других людей и особенно их потребности доминировать». Это желание утвердить себя конкурировало с желанием быть близким людям, общаться и делиться с ними, а также пользоваться их поддержкой. Первое желание может быть названо желанием А, второе – желанием Б. Оба должны быть учтены, но относительная встречаемость определяет желание А как первичное желание, а желание Б как вторичное, лежащее под ним.

ПРИМЕР: МИСТЕР Т.М.

Эксперт не мог определить, какое из двух желаний первично. «Я хочу брать обязательства в отношении человека или работы, но это приводит меня к ощущению ловушки». Другая версия желания была следующая: «Я хочу избежать брать на себя обязательства в отношении человека или работы, но меня вынуждают делать это». Вопрос для эксперта состоял в том, какое из желаний — желание брать обязательства или желание избежать обязательств было действительно желанием, а какое — последствием желания. В случае мистера Т.М. было видно, что первым импульсом все же было брать на себя обязательства, а потом уже ощущение ловушки и последующее желание уйти от обязательств. Таким образом, желание брать обязательства рассматривалось как первичное.

ПРИМЕР: МИСТЕР С.Б.

Пациент часто выражал сильные желания наносить повреждения другим людям. Исследование последовательности показало, что желание причинять боль основывалось на предыдущем желании, не нашедшем удовлетворения, которое выражалось в получении позитивных реакций от другого человека. Таким образом, это желание было первичным, а желание наносить боль другим — второстепенным.

Интересный принцип, касающийся первичных желаний, иллюстрируется двумя приведенными выше примерами. Существует такая тенденция: позитивные желания чаще всего бывают первичными. Это можно интерпретировать как отражение предпочтений экспертов и их склонности подтверждать базовую доброту человеческой натуры. Однако скорее всего, данная тенденция может быть свойственна людям в целом, потому что, как правило, психотерапию начинают с позитивными целями.

Руководство по подсчету последствий со стороны другого и со стороны «Я»

Эта процедура кажется более легкой, чем выявление Ж, так как реакции более конкретно выражены, чем желания.

R могут быть двух видов: реакции объекта (*PO*) и реакции «Я» (*PЯ*).

Название «последствия» не означает для эксперта, что реакции должны быть распознаваемыми реакциями на желание. Для эксперта важно отметить все желания и все реакции без обозначения связей между ними.

Позитивные и негативные реакции

Каждый тип реакций подразделяется на преимущественно позитивные (*П*) и преимущественно негативные (*Н*). «Негативные» определяются как реакции, которые означают для пациента, что существуют препятствия для удовлетворения желаний или же такие препятствия ожидаются; «позитивные» означают отсутствие препятствий или ожидаемое отсутствие препятствий для удовлетворения желаний и/или чувство возможности осуществления желаний.

Выражаемые реакции в отличие от ожидаемых (необязательно)

Надписи _{ВЫР} или _{ОЖ} могут добавляться как к *PO*, так и к *PЯ*. В примере *PЯ*_{ОЖ} — это случай мистера Б.М. на с. 209 «Это раздражало меня». Это пример ожидаемой реакции; пациент ясно говорит, что не выразил эту реакцию объекту. С другой стороны, объект выражал в отношении пациента доминирование, таким образом, получается *PO*_{ВЫР}. Различия между выражаемым и ожидаемым могут быть полезными особенно при изучении *CCRT* как метода выявления изменений.

Подсчет интенсивности компонентов темы

Компоненты темы варьируются в своей интенсивности. 5-балльной шкалы может быть достаточно для измерения каждого. (Последовательность также может быть отмечена способом, изложенным на с. 205).

ПРИМЕР: МИСТЕР Б.Н.

	Рейтинг	Последовательность
ЭВ1: «Я хочу утверждать себя» Ж	4	3
«Он доминирует, не позволяя мне слово сказать» РО	4	1
«Я разозлился» РЯ	5	2

РУКОВОДСТВО ДЛЯ ОЦЕНКИ ПЕРЕЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТОМ СВОИХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ

Согласно психоаналитической теории психотерапевтических изменений, пациенты должны достигать расширения осознания переживания взаимоотношений, включая отношения с терапевтом. Этот постулат можно проверить с помощью определения уровня осознания. Так как ССРТ обозначает рамки взаимодействия с терапевтом, ее формулирование на сессии отражает переживание пациентом этих отношений.

Однако необходим более точный подсчет различий. Они должны включать степень переживания каждого компонента ССРТ, а также степень соответствующего осознания переживания отношений с терапевтом. Кроме того, необходимо понимание как различий, так и параллелей между переживанием на сессии и переживанием отношений вне сессии, как предлагают Гилл и Хофман (Gill and Hoffman, 1982a). Однако в строгом смысле перенос является переживанием взаимоотношений с терапевтом, похожих на ранние детские взаимоотношения, а не просто переживанием отношений на сессии в соответствии с отношениями вне сессии.

Подсчет, приведенный ниже, имеет сходство с методом, используемым Гиллом (Gill and Hoffman, 1982a) для кодирования переживания пациентом отношений с терапевтом:

- 1) степень переживания данного компонента в отношении к терапевту («г» у Гилла);
- 2) степень осознания пациентом переживаний по отношению к терапевту (это наше обозначение «га»);

3) степень сознания пациентом параллели между отношением к терапевту и внешними отношениями («ХГ» и «ГХ» у Гилла);

4) то же, что в пункте 3, только эксперт делает вывод о том, что существует имплицитная аллюзия к переживанию пациентом взаимоотношений в общении, которое напрямую не проявляется в отношениях («JXГ» и «JГХ» у Гилла).

Примечания относительно подсчета ЭВ

ЭВ – эпизоды взаимодействия

ЭВ_т – текущие ЭВ

ЭВ_п – прошлые ЭВ

Этапы 1 – 4:

Ж – желание, потребность или намерение, прямо высказываемое пациентом

(*Ж*) – желание, потребность, намерение, сформулированное экспертом на основе слов пациента

РО – реакция «объекта» («объект» – это основная фигура, с которой взаимодействует пациент в данном ЭВ)

РЯ – реакция «Я»

Н – негативная (например, *НРО* – негативная реакция объекта)

П – позитивная

ВЫР – реально выражаемая реакция, обращенная к объекту (например, *НРЯ_{ВЫР}* – негативная реакция «Я», которая реально выражена)

ОЖ – ожидаемая, но не выраженная реакция по отношению к объекту

1, 2, 3, 4 или 5 – рейтинг интенсивности каждого компонента темы (*Ж*, *РО*, *РЯ*)

Этап 5:

1, 2, 3 и т.д. – последовательность каждого *Ж*, *РО* и *РЯ* в каждом ЭВ

Этап 6:

- r* — переживаемое в отношениях с терапевтом во время сессии
- ra* — осознание переживаемого в отношениях с терапевтом во время сессии
- xr* и *rx* — осознание *параллелей* между взаимоотношениями с терапевтом и отношениями вне терапии (*x*)
- Jxr* и *Jrx* — заключение экспертов относительно *параллелей* между отношениями с терапевтом и отношениями вне терапии, в общении, которое явно не касается взаимоотношений.

Транскрипт сессии с пациентом Б.Н.
(первые 20 минут сессии 3*)

П1: Здравствуйте!

Т1: Как дела?

ЭВ№1

Объект. Приятель (товарищ по комнате)

П2: Я чувствую себя немного э-э, более живым в последнее время, знаете, но у меня — у меня сильная тревожность и нервозность, связанная с этим. Я не спал как следует, как будто э-э, ну знаете, только разговаривая с людьми, я — я чувствую себя лучше, или что-то типа того э-э. Одно только задевает меня, и я думаю, это типа мины замедленного действия. Этот парень, с которым я живу в комнате — живу около месяца в течение июля, и он э-э, я имею в виду, мы не очень хорошо понимаем друг друга и э-э, если он вступает в разговор, знаете, он э-э сразу пытается доминировать или что-то вроде этого. Он делает много того, что раздражает

* Сделайте примечания к этому транскрипту на левом поле согласно указаниям, данным на с. 202–211. Затем подсчитайте баллы на бланке ССРТ (с. 221) и суммируйте их на бланке резюме ССРТ (с. 222). Только после этого сравните бланк с показателями четырех независимых экспертов по бланку резюме ССРТ (с. 223).

меня, и иногда я думаю, что я просто, знаете, я подавляю все это, и я просто в затруднении. И недавно я размышлял над этим и, знаете, я действительно проработал это и наплевать мне, знаете, и потом э-э, знаете, это как бы я говорил, я говорил — это одна из этих мин, я полагаю. Это подобно тому, что он наступил мне на ногу, знаете, а я даже не в силах сказать «Ох!» И это теперь — это то, про что были все эти фантазии, понимаете. Это вернулось, и я... Я поставил его на место и все прочее.

- T2: Что вы имеете в виду под «фантазиями»?
- П3: Э-э, просто размышления об этом, и, знаете, пробуждение от мечтаний.
- T3: И что вы делаете с этими э-э мечтаниями?
- П4: Э-э, знаете, это обычно в разговоре, как будто э-э, я помню, как-то раз нас было четверо и мы разговаривали. И я помню, что была пауза и он перевел весь разговор на себя, и э-э я сказал что-то, а он повернулся ко мне и сказал: «Извини, что я прерываю», и затем он, понимаете, продолжал говорить. И это я терпел от него все время, пока он там был. И э-э в этих фантазиях э-э позиция изменилась, и уже я наступал на *него*.
- T4: Э-э.
- П5: (Пауза 10 сек.) Это э-э, я думаю, понимаете, я правда не могу — это такая ситуация, в которой я наталкиваюсь на человека, который, который, понимаете, одна вещь, которой я не так хорошо управляю; я не знаю, как совладать с ней, э-э, вы понимаете, я обычно реагирую двумя способами: либо я, понимаете, я уползаю в нору, или, или я действительно обрываю, резко, грубо и э-э, понимаете, я думаю, должен быть какой-то способ регулировать это, но я не уверен, понимаете, как это сработает.
- T5: Что означает «оборвать»?
- П6: Понимаете, на самом деле, э-э справиться с враждебностью, которую он вызывает и прочее. Он, вероятно, — э-э в диспропорции к э-э

к тому, что следует крепко держать, понимаете, реальность ситуации, как э-э в, в одной из фантазий, э-э понимаете, как будто я переживал вновь это, где он э-э, тот, тот случай, который я только что описал, когда он сказал, э-э: «Извини, что я прерываю», — в это время я п-, я пил стакан воды или еще чего-нибудь. И в этой фантазии я выплеснул воду ему в лицо, или что-то типа этого. (Пауза 10 сек.) (Откашливается.) Я думаю, что я — я как-то ненормально реагирую и, понимаете, это пугает и, и я злюсь на — на людей, которые — которые делают подобные вещи (пауза 10 секунд).

Т6: Мы немного говорили об этом в прошлый раз.

ЭВ.№2

Объект: Полисмен

П7: Действительно, я думаю, понимаете, кто-нибудь, кто выступает как, как авторитетная фигура, понимаете, будет э-э, понимаете, когда они наступают на кого-нибудь, это будет — это действительно пугает меня. Когда я был, я был в парке, на площади Риттенхауз, на другой день, и э-э какой-то парень и его жена, которых э-э, я — которых я только что встретил, они сидели — они сидели вместе на скамейке и я полагаю, его жена положила свою ногу на его ноги, вот так, и этот полисмен подошел и говорил, словно он Джон Вэйн, и сказал ей, чтобы она сидела нормально. И тогда они встали и э-э, понимаете, он в конце концов обвинил их в непристойном поведении или что-то типа того, но пока он разговаривал с ними, я просто сидел, они сидели на скамейке, а я сидел на бордюре позади их, и я — понимаете, я просто перебрал в воображении, что-то что я стал бы делать в такой ситуации, и я думаю, что я бы автоматически (щелкает пальцами) подчинился первым же словам полицейского (длинная пауза, 35 сек).

Т7: Я могу прояснить это?

ЭВ.№ 3

Объект: «Странный парень»

П8: О, простите меня. (Вздыхает.) Другая вещь, с которой я — я в последнее время все время сталкиваюсь, я как будто становлюсь включенным в общение с людьми и имею дружеские отношения с людьми, с которыми, я — я полагаю, в конце концов действительно не хочу дружить. Э-э это э-э странный э-э парень, который э-э болтается по территории уже несколько лет. Это такой большой, черный парень, шесть футов четыре дюйма или что-то вроде того. И я просто встретил его и э-э он ходил вокруг все время и, э-э я правда не хочу, чтобы он ходил вокруг и, э-э пришло время делать выбор между тем, чтобы быть подлым и быть лицемером. Понимаете, когда я впервые увидел его, я... он а- понимаете, я полагаю он ненормально опасен или что-то еще, но он, э-э ушел, понимаете, ушел со своей дороги и он, он остроумный, иногда обаятельный, как я не могу — я не могу, понимаете, я никогда не собирался иметь реальных, но, отношения с этим парнем, потому что он не был серьезным относительно чего бы то ни было и ему действительно хорошо, ему 29 лет и он просто шатается вокруг без дела и курит марихуану и все прочее.

ЭВ.№4

Объект: Девушка с венерическим заболеванием

Но э-э у меня есть эта девушка, э-э, я знаю э-э, которая готовит обеды для меня в последнее время и, понимаете, это — я действительно не хочу иметь с ней сексуальных отношений, потому что я слышал некоторые подозрительные вещи про нее, будто бы у нее триппер или что-то вроде того, — и э-э понимаете, я просто не могу разговаривать с ней нормально, что, понимаете, хотя, может быть, если бы я видел

ее раз в месяц, я бы, понимаете, я бы мог с ней поговорить или что-то вроде того, но я слишком близок к этим людям, к которым я на самом деле не могу быть близко и все прочее, но я продолжаю быть с ними, я полагаю.

Т8: Хорошо, а как вы думаете, чего вы добиваетесь, когда...

П9: Да, понимаете, я думаю, э-э, я просто (пауза) голоден на то, чтобы иметь людей рядом, чтобы было с кем говорить, и прочее.

Т9: Для чего вы нуждаетесь в них?

П10: Я не знаю, это э-э обычно довольно тяжело, тяжело для меня просто, просто быть в одиночестве. И э-э это какая-то модель, которая росла во мне, понимаете, последнюю пару лет, понимаете, просто быть в одиночестве или — или э-э действительно окунуться во что-то, что интересует меня, и я, видимо, не нашел этого, понимаете, что я могу делать и что мне нравится делать, действительно нравится.

Т10: А что происходит, когда вы один?

П11: Э-э, обычно мне становится скучно, я не могу, я не могу, я не знаю, что делать с собой.

Т11: И что тогда происходит?

П12: Обычно я ложусь и становлюсь вялым (пауза 5 сек.) я, понимаете, я думаю, что я имею тенденцию к отдалению, понимаете, но э-э я, понимаете, я не думаю, я э-э-э-э, понимаете, понимаете, данная специфическая ситуация, где я один и мне не обязательно идти и искать это, понимаете, других людей или кого-то, с кем можно поговорить.

Т12: Значит, вы не любите быть в одиночестве, и для меня удивительно, что же в этом плохого.

П13: То же самое э-э, что, понимаете, что случается со мной, когда я один и когда я погружаюсь в эту, эту ситуацию, где есть группа, группа людей, общающихся и — я не говорю так уж много. Я чувствую себя — очень неуютно и я как-то, понимаете, я не уверен, что я существую для,

для других людей вообще. Понимаете, может быть это потому, что я недостаточно осознаю самого себя. (Пауза).

- T13: Я полагаю, вы испытываете большую тревогу, когда остаетесь один.
- П14: Да. (Пауза.) Подобно тому, подобно тому, как я привык много читать, и прочее, но э-э сейчас я нахожу, понимаете, что когда я читаю или что-то вроде того, у меня такое чувство, что мне следует делать что-то еще, типа общаться с людьми. Понимаете, у меня есть это — понимаете, это, это не совсем, я полагаю, — хорошо, может быть это навязчивое стремление к э-э, понимаете, идти туда, и э-э понимаете, потому что я, кажется, думаю, где это на самом деле, на самом деле что-то стоящее.
- T14: Да, но вы, похоже, придерживаетесь взгляда, что вы ничего не стоите, пока вы не общаетесь с людьми.
- П15: Э-э да.
- T15: Или еще что-то. (Пауза.) И вы не можете хорошо себя чувствовать наедине...
- П16: Да...
- T16: с собой...

ЭВ.№5

Объект: Терапевт

- П17: Да, я чувствую, что должен идти и доказать себе и все такое. Я должен идти и приходить к людям и все прочее. Я должен идти, приходить к людям и производить на них впечатление. (Длинная пауза, 35 сек.) Я думаю, что э-э то, что происходит во мне сейчас, здесь — это типично для ситуации, когда я начинаю чувствовать себя лучше, когда я чувствую себя более, понимаете, осознанно, более живым, более интересующимся жизнью. И это, э-э, понимаете, с какого-то момента я хочу, я хочу вернуться и снова закрыться от всех.
- T17: Вы так чувствуете сейчас?

- П18: Да, понимаете, я думаю, понимаете, что это потому, что это, вероятно, из-за того, что я испытываю трудности в общении.
- Т18: Мне не казалось, что вы испытываете трудности в общении, пока вы не проинтерпретировали молчание, которое возникло у нас...
- П19: Ну...
- Т19: Как пустоту, которую надо заполнить.
- П20: Да, да, мне очень хочется сделать это.
- Т20: Вы думаете, это действительно необходимо? -
- П21: Э-э я думаю, я думаю, это действительно...
- Т21: ...мы должны заполнять чем-то любую паузу?
- П22: Нет. Я полагаю, я должен быть круче, быть немного круче в этом во всем, я имею в виду, лучше справляться с этим, понимаете, молчанием, или что-то вроде того. (Пауза.) Я не знаю, то, что я только что сказал, понимаете, про отдаление, оно сейчас действительно происходит.

ЭВ№6

Объект: Д-р Т. (предыдущий терапевт)

- Но что это такое — это то, что случилось в прошлом. Всякий раз, когда я чувствовал себя более жизненным и сильным, э-э, у меня были тенденции отступить, э-э и э-э как э-э сеансы, которые я проходил с д-ром Т., пару раз были такие моменты, когда я чувствовал себя действительно хорошо, где я не..., действительно не..., они не были столь продуктивными, или я правда не говорил о них так много или что-то типа этого. И э-э я думаю, я не видел его около месяца, в конце последнего семестра, я думаю, э-э декабрь и еще часть ноября я не видел его вообще. И э-э я чувствовал себя лучше, понимаете, сильнее и более жизненно, чем долгое время до того. (Длинная пауза 15 сек.)
- Т22: Доктор Т. возникал в наших разговорах несколько раз. Вы думаете, вы скучаете по нему?

- П23: М-м (пауза 5 сек.) нет. (Длинная пауза 10 сек.) Я имею в виду: прямо сейчас я не чувствую этого.
- T23: Вы думаете, у вас есть какие-то чувства в связи с его отъездом?
- T24: Э-э, я не знаю.
- T24: Вы работали с ним около года.
- П25: Нет, понимаете, я думаю, что я испытываю чувства, как, как последний сеанс был действительно замечательный, понимаете, это было то, что нужно, я думаю. (Пауза 5 сек.) Я правда, правда не чувствовал, по крайней мере непосредственно, я не чувствовал тревоги по поводу этого или печали по поводу этого. Понимаете, прямо сейчас я действительно не могу сказать, что это, понимаете, это так уж важно.
- T25: Хорошо, я просто поинтересовалась.
- П26: (Пауза 10 сек.) Понимаете, я думаю, понимаете, я изменяюсь, понимаете, на самом деле как будто бы я изменился. (Пауза 35 сек.) Мне интересно это, теперь, э-э я полагаю, будущее немного больше теперь. И э-э в следующем семестре я собираюсь тащить большой груз и еще много всего. Я собираюсь посещать шесть курсов и э-э один из курсов, который я хочу посещать, э-э учебный курс — это, это больше часов, чем нормальный курс, и это также много работы вне класса, и потом я собираюсь пойти работать, и я надеюсь купить мотоцикл, который тоже займет некоторое время. И это, возможно, будет так тяжело, как никогда во время семестра. Это м-м тяжелее. И — и я думаю, как мой второй год, второй семестр второго года, когда я работал в этой больнице санитаром, и я просто — к концу всего этого, э-э я, понимаете, я ушел, понимаете, и попал во все это и затем все, понимаете, я внезапно, внезапно все бросил, и э-э, я вот думаю, понимаете, а вдруг что-то подобное будет в следующем семестре.

- T26: Вопрос здесь в том, почему вы берете на себя так много всего, если считаете, что это тяжело для вас.
- P27: Да, я думаю, понимаете, я — я в состоянии делать это, понимаете, у меня есть ресурсы для этого, э-э я должен посещать шесть курсов...
- T27: А как насчет работы? Почему вы...
- P28: Да, я собираюсь пойти работать. Мне нужны деньги. Мотоцикл мне, я полагаю, не так уж нужен, как я хочу...
- T28: Вы имеете в виду, что вам нужна работа, потому что вы собираетесь купить мотоцикл...
- P29: Возможно. (Смеется.)
- T29: Это правильно?
- P30: Да, э-э — хорошо, э-э я собираюсь немного поработать, потому что деньги, которые мне нужны на мотоцикл, это вовсе не все деньги, которые мне нужны вообще. Эти деньги я собираюсь положить в банк, чтобы они там копились, а потом получу их обратно, э-э я думаю, я хочу немножко больше наполнить свою жизнь. Какая-то скука вселилась в меня этим летом. И я просто хочу пройти через это, через все это, как э-э на велосипеде проехать. Это то, что я собираюсь пройти. Я собираюсь научиться, научиться, как справляться с этим, и прочее, потому что я ничего не знаю, механически. И э-э прямо сейчас, понимаете, я полон приятных ожиданий по поводу учебы и э-э, понимаете, то же самое с курсом рисования, пройти все это. Это, э-э курс, я думаю, где очень хороший преподаватель, как я слышал. Так как он действительно не заботится о вашей э-э технической способности что-то изображать, он беспокоится о вашей способности *видеть*, понимаете, осознавать пространство, архитектурное пространство и перспективу, и все прочее. И я э-э увлечен, понимаете, всем этим. (Пауза 15 сек.)

- Т30: Хорошо. Что еще меня интересует, так это то, где вы собираетесь брать время, чтобы делать все, что вы задумали?
- П31: Я не знаю.
- Т31: Если вы собираетесь взять на себя так много разных дел, вы будете просто не в состоянии хорошо делать все и в конечном итоге бросите их все. Вас это волнует, наверно.
- П32: Да. Но я также думал о — о — о чем-то еще, э-э понимаете, я — я беспокоюсь о том, чтобы заниматься тем, чего действительно хочу, и много всего привлекает меня. (Пауза 15 сек.) Потому что я думаю, у меня будет достаточно времени, потому что я действительно э-э не концентрируюсь на всех э-э оценках.
- Т32: Хм, что?
- П33: Э-э, э-э один семестр, э-э во-первых, я думаю, я не буду делать плохо, и э-э во-вторых, это э-э, я не — я не чувствую какого-то особого давления делать отлично, понимаете, даже если я думаю, что у меня есть способности сделать это прекрасно, а один семестр не будет играть большой роли в моем рейтинге, который немного выше среднего сейчас. (Пауза 15 сек.) Я имею в виду, что если я имею средние оценки во всем, это не особенно беспокоит меня, понимаете, в зависимости от того, как много работы я должен выполнять э-э. (Пауза 20 сек.) Я думаю, что в основном как-то теперь, когда я чувствую себя на краю чего-то, понимаете, э-э, что я в ожидании чего-то, что вознаградит и увлечет меня. (Пауза 10 сек.)

ЭВ.№7*Объект:* Мать

Я э-э звонил домой прошлой ночью и разговаривал с матерью о э-э понимаете, деньгах на мотоцикл. Первоначально, когда я впервые подумал об этом, понимаете, я думал, чтобы сделать это, это было как бы за их спинами

и просто ожидание, когда придут деньги э-э, понимаете, чтобы купить его, это шок и сюрприз для них, но понимаете, я сказал, я думаю, что я сказал однажды перед тем, как я подумал, что у меня есть настоящий интерес к покупке э-э мотоцикла — и это, понимаете, я позвонил и я — и я не столкнулся ни с какими проблемами. Она сказала, что она думает, что я уже достаточно взрослый, чтобы принимать решения для себя, и т.д. и т.д. И э-э это уже технические вопросы, что я хочу получить мотоцикл до того, как начнутся занятия, поэтому я должен попросить выс- выслатить денег, потому что не получу их позже. (Пауза 15 сек.). Я думаю, у меня есть и скрытый мотив купить мотоцикл, понимаете, и-и-и это э-э — я не знаю, правда ли он скрытый в целом, но, похоже, способ производить впечатление на людей. (Окончание диалога, длительность — 20 мин.)

Обсуждение данных подсчета по сессии с мистером Б.Н., полученных четырьмя независимыми экспертами

После того как читатель оценит транскрипт, данные подсчета следует сравнить с примерами, приведенными по четырем экспертам в бланке резюме SCRT (с. 223). Четыре эксперта не имели большого опыта в использовании метода SCRT. Их опыт применения метода составлял всего несколько часов, в основном это было чтение руководства (Luborsky, 1983). Для всех экспертов данный случай был первым случаем экспертизы. Двое из экспертов были опытными клиницистами, один — врач-психиатр, другой — психолог, оба имели опыт работы в течение года в области психотерапии пациентов с использованием данного руководства, в качестве супервизора выступал автор книги. Двое других были студентами-психологами. Интересно посмотреть резюме, в котором, несмотря на указанные различия в подготовке и клиническом опыте,

Бланк CCRT

Дата подсчета _____

Фамилия эксперта _____

Пациент _____

Сессия _____

ЭВ Объект Страница	Желание, потребность, намерение	Реакция объекта	Реакция «Я»

Бланк резюме ССРТ*

Дата подсчета _____

Фамилия эксперта _____

Пациент _____

Сессия _____

Количество ЭВ _____

ЭКСПЕРТЫ

ЭКСПЕРТЫ

ЭКСПЕРТЫ

Желание, потребность, намерение	ЭКСПЕРТЫ				ЭКСПЕРТЫ				ЭКСПЕРТЫ					
	В	С	Ж	К	Реакция объекта				Реакция «Я»					
					НЕГАТИВНАЯ				НЕГАТИВНАЯ					
					В	С	Ж	К	В	С	Ж	К		
А. Утверждать себя	7	6	7	7	а. Доминирование	2	1	3	2	а. Отдаление	3	3	4	3
					ПОЗИТИВНАЯ				ПОЗИТИВНАЯ					

БЛАНК РЕЗЮМЕ ССРТ*

Дата подсчета _____

Фамилия эксперта _____

Пациент Б.Н.

Сессия 3

Количество ЭВ 7

Желание, потребность, намерение	ЭКСПЕРТЫ				ЭКСПЕРТЫ				ЭКСПЕРТЫ					
	В	С	Ж	К	Реакция объекта				Реакция «Я»					
	В	С	Ж	К	НЕГАТИВНАЯ	В	С	Ж	К	НЕГАТИВНАЯ	В	С	Ж	К
А. Утверждать себя	7	6	7	7	а. Доминирование	2	1	3	2	а. Отдаление	3	3	4	3
1. Отвергать других, не подчиняться им	2	1	3	2	б. Вторжение (те, с кем я не хочу быть вместе, часто оказываются рядом)	0	0	2	1	б. Пассивность во взаимодействии с другими	2	3	3	3
2. Производить впечатление на других	1	2	2	1	в. Отвержение	0	1	0	0	в. Гнев, ощущение себя подлым	4	0	3	2
3. Ощущать полноту жизни, интерес	1	3	0	0	г. Терапевт не может вылечить меня	0	0	1	0	г. Страх, тревожность	2	2	1	2
4. Быть в состоянии делать то, что хочется, не подчиняться доминированию со стороны других	3	0	0	1	д. Неодобрение принимаемых решений	0	0	0	1	д. Чувство подавленности	1	1	1	0
5. Выражать себя, общаться более эффективно	0	0	1	1						е. Фантазии о доминировании других				
6. Преодолевать отдаление	0	0	1	1						ж. Действия с пониженной критичностью	1	1	0	0
7. Утверждать себя в сексуальной сфере	0	2	0	0						з. Скрытые действия	1	0	0	1
8. Быть независимым	0	1	0	0						и. Потеря автономии	1	0	1	0
9. Чувствовать себя хорошо, не отдаляться	0	0	1	1						к. Потеря ощущения целостности «Я» в попытке создать близкие отношения	0	1	0	0

* Оценка типов компонентов ССРТ проведена четырьмя независимыми экспертами.

Бланк резюме ССРТ (продолжение)

Желание, потребность, намерение	ЭКСПЕРТЫ				ЭКСПЕРТЫ				ЭКСПЕРТЫ					
	В	С	Ж	К	Реакция объекта				Реакция «Я»					
					НЕГАТИВНАЯ				НЕГАТИВНАЯ					
Б. Быть близким другому	0	1	1	0					л. Рассогласованность чувств и действий	0	1	0	0	
									м. Желание производить впечатление на других	1	0	0	0	
									н. Поиск улучшений	1	0	0	0	
									о. Неспособность эффективно общаться	0	0	1	0	
									п. Страх одиночества	0	0	0	1	
					ПОЗИТИВНАЯ				ПОЗИТИВНАЯ					
					а. Дает одобрение, не отвергает, поддерживает решения	1	0	1	1	а. Выражение моих собственных желаний и мнений	0	0	1	3
					б. Не доминирует	0	1	0	0	б. Рост самоуважения, чувства полноты жизни, силы, интереса	0	1	1	0
					в. Подтверждение от других	0	0	1	0	в. Чувство сближения	0	0	1	1
					г. Не вмешивается, не вторгается	0	0	1	0	г. Контроль своих решений	0	1	0	0
					д. Оказывает помощь	1	0	0	0	д. Ощущение комфорта в отношениях с терапевтом	0	0	0	1

данные подсчета показали высокую степень согласованности. Далее приведены основные выводы:

1. CCRT может быть обнаружена почти всегда непосредственно из бланка резюме CCRT. Например, для эксперта В основное желание, определяемое как «утверждать себя», было очевидным в семи из семи ЭВ. Другие эксперты показали похожие результаты в отношении этого обобщенного желания. Для этого пациента CCRT была следующей: *Ж*: «Я хочу утверждать себя» (преимущественно в смысле неподчинения требованиям других людей); *РО*: «Они доминируют надо мной». *РЯ*: «Я пассивно отдаляюсь, чувствую страх и тревогу».

2. Согласованность между экспертами более очевидна для *Ж*, чем для *РО* и *РЯ*. В принципе известно, что большая степень согласованности достигается относительно тех компонентов, которые встречаются чаще. Из этого небольшого примера видно, что клинический опыт не является обязательным для согласованности в суждениях экспертов. Действительно, степень согласованности мнений экспертов достаточно высока, несмотря на то, что все четверо были менее опытными, чем четверо экспертов, проводивших оценку этого примера в исследовании Левина и Люборски (Levine and Luborsky, 1981).

3. Негативные *РО* и *РЯ* встречаются чаще, чем позитивные. Действительно, эта четкая тенденция просматривается у всех пациентов, оцененных при помощи метода CCRT.

Выводы по исследованиям CCRT

Метод CCRT был создан для измерения глубинных паттернов взаимоотношений. В связи с тем, что паттерны взаимоотношений проявляются в отношениях с терапевтом так же, как это происходит в отношениях вне терапии, вполне оправданно называть CCRT методом измерения переноса. В теории психоаналитически ориентированной психотерапии утверждается, что именно повторное переживание и проработка паттернов текущих взаимоотношений является основной причиной изменений. Следовательно, CCRT — это основная переменная, подлежащая измерению в про-

цессе и при окончании психоаналитически ориентированной психотерапии, которая позволяет оценить степень сосредоточения терапии на данной теме и интенсивность происходящих изменений. Очень полезно определить, производят ли другие формы терапии подобные изменения в CCRT, однако трудно найти эффективные методы для измерения этой переменной. Данная проблема была затронута на конференции по исследованиям психотерапии в Западной Вирджинии в октябре 1982 года (NIMH Coolfont). Метод CCRT был одним из первых количественных методов измерения паттернов переноса, при этом метод основывается на психотерапевтических сессиях, а паттерны переноса выражаются в определенных формулировках. Краткое резюме по исследованиям CCRT следует ниже; более детально эта информация изложена в работах Люборски (Luborsky, 1977) и Левина и Люборски (Levin and Luborsky, 1981), а также в находящемся в процессе подготовки к публикации «Руководстве по CCRT» Люборски (A guide to the CCRT, 1998).

Надежность

Согласованность оценок экспертов по типам CCRT компонентов была изучена в исследовании Левина и Люборски (Levine and Luborsky, 1981). В результате были обнаружены высокие показатели согласованности между 16 студентами-психологами, которые осуществляли подсчет CCRT индивидуально, и комбинированной оценки четырех экспертов. Более того, согласованность в оценках экспертов была продемонстрирована с помощью метода «непарных случаев», то есть совпадение оценок экспертов при анализе различных типов компонентов одного случая мистера Б.Н. было большим, чем при анализе двух других случаев, которые заведомо содержали различные компоненты.

Устойчивость CCRT во времени

Типы компонентов CCRT имеют значительную устойчивость во времени, даже если рассматривать ранние и поздние фазы в долговременной терапии. Такие результаты

были получены при сравнении ранних и поздних CCRT для 15 пациентов в Пенсильванском психотерапевтическом проекте (Luborsky, 1977). Пациенты, демонстрирующие меньше улучшений, проявили большую устойчивость CCRT во времени, чем те, которые показали большие улучшения. Более того, компонент желаний имел большую устойчивость, чем компонент реакций.

Сейчас проводится несколько исследований, где изучается консистентность CCRT во времени (например, Gerin et al, in preparation). Эти исследования должны помочь развитию CCRT как метода измерения изменений в процессе психоаналитически ориентированной психотерапии.

Следующий пример является иллюстрацией сравнения ранних и поздних CCRT. Более качественное сравнение может быть достигнуто с помощью изучения частот, получаемых в процессе подсчета.

ПРИМЕР: МИСТЕР Л.

Первоначальная формулировка CCRT желания была такова: «Я хочу выражать себя и быть услышанным, соперничать с другими мужчинами и выигрывать». Последствия таковы: «Я не могу выносить это свое желание, потому что оно вызывает во мне чувство вины (реакция «Я») и они (другие люди) не в силах выносить это из-за их слабости и подавленного настроения» (реакция других).

В момент окончания терапии CCRT желания были в целом теми же. Однако последствия желаний воспринимались следующим образом: пациент чувствовал себя более комфортно в выражении своих интересов, описывая свои неординарные способности (реакция «Я») и осознавая, что подобные действия могут нормально восприниматься другими мужчинами и женщинами (реакция других).

Согласованность CCRT взаимоотношений с родителями и CCRT взаимоотношений с терапевтом

Данное сравнение представляет особый интерес, так как может обеспечить основу для принятого нами положения, что перенос включается в метод CCRT. Было обнаружено,

что паттерны CCRT отношений с родителями в прошлом подобны паттернам отношений с терапевтом; эти данные согласовываются с понятием переноса.

Согласованность CCRT, основанной на психотерапевтических сессиях, и нарративов, полученных путем интервью вне терапии

В настоящее время проходит исследование шести пациентов в рамках Пенсильванского психотерапевтического проекта, которые проходят и терапию, и интервью (van Ravenswaay, Luborsky and Childress, 1983). Внетерапевтические нарративы были получены с помощью использования стандартного шаблона, названного «Тестом постоянства эпизодов взаимоотношений» («The Relationship Anecdotes Paradigms Test») (RAP-тест). (Luborsky, typescript 1978). Основная проблема данного исследования состоит в том, являются ли паттерны взаимоотношений, обнаруженные в ходе ПЭ психотерапии, специфичными только для терапии или их можно переносить на более широкие терапевтические паттерны отношений. Первое впечатление от уже полученных результатов свидетельствует в пользу второго предположения.

Сравнение метода CCRT с другими методами измерения паттернов переноса

С появлением метода CCRT (Luborsky, 1977) были созданы новые, преимущественно качественные методы измерения паттернов переноса, а также были обнаружены общие моменты в некоторых уже существующих методах. Одним из хорошо известных схожих с CCRT методов является метод Гилла и Хофмана (Gill and Hoffman, 1982a) для оценки переживания пациентом взаимоотношений с терапевтом (Gill, 1982; Gill and Hoffman, 1982b). Подтверждение того, что CCRT является темой, которая, как правило, включается в феномен переноса, состоит в том, что CCRT в ЭВ, касающихся терапевта, и CCRT в ЭВ

отношений вне терапии оказываются схожими. Дальнейшее исследование этого вопроса может быть проведено с помощью оценочных категорий переживания пациентом взаимоотношений с терапевтом (подобных категориям Гилла). Другая хорошо известная система — изучение «бессознательного плана» Группы исследований психотерапии Маунта Зиона (Mount Zion) (Weiss and Sampson, 1984). Сравнения ССРТ с этими методами предполагается осуществить в будущем.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

РЕЙТИНГОВЫЕ ШКАЛЫ ДЛЯ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ЭКСПРЕССИВНОЙ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Шкалы данного приложения составлены с целью достижения одной из главных целей руководства, а именно для определения степени соответствия работы психотерапевта принципам ПЭ психотерапии. В целом шкалы относятся к основным разделам руководства и помогают описать сущность каждого вида лечения.

Шкалы, приведенные ниже для оценки психотерапевтических сессий, даны в следующей последовательности:

рейтинговые шкалы для основных отличительных характеристик ПЭ психотерапии;

рейтинговые шкалы для измерения поддержки;

методы облегчения терапевтом переживания помогающего альянса — тип 1;

методы облегчения терапевтом переживания помогающего альянса — тип 2;

рейтинговые шкалы для исследования понимания;

рейтинговые шкалы для определения адекватности реакций терапевта;

рейтинговая шкала для определения навыков терапевта;

рейтинговая шкала для определения степени предоставляемой помощи.

Первый набор состоит из трех шкал, измеряющих отличительные характеристики ПЭ, и шкалы резюме для оценки степени соответствия рассматриваемого примера характеристикам ПЭ.

Следующий набор шкал служит для оценки степени поддержки; эти шкалы включают 12 шкал помогающего поведения для оценки действий терапевта, направленных на подкрепление или, наоборот, торможение помогающего

альянса. Первые семь шкал определяют помогающий альянс типа 1, следующие пять — помогающий альянс типа 2.

Следующий набор шкал оценивает степень понимания пациента терапевтом. Они относятся к принципам понимания 1, 3 и 5.

Далее следует набор, который состоит из восьми шкал, определяющих способность терапевта в своих ответных реакциях достичь понимания экспрессивными средствами. Некоторые из этих шкал введены после дискуссии с д-ром Гельмутом Томэ (Helmut Thoma) в связи с необходимостью расширить число шкал, определяющих адекватность реакций терапевта на выражение трансферных паттернов во время лечения. Реакции терапевта должны быть оценены по всей сессии в целом. Однако шкалы могут быть использованы дополнительно для оценки отдельно выбранных реакций терапевта.

В дополнение к приведенным выше шкалам оценки психотерапевтических сессий в приложении представлена еще одна шкала для родственных исследований — шкала оценки переживания пациентом помогающего альянса (должна быть заполнена пациентом).

Далее приведено краткое резюме по ПЭ психотерапии, цель которого состоит в облегчении работы экспертов, оценивающих примеры терапевтических сессий.

ВВЕДЕНИЕ В ПРОЦЕДУРУ РЕЙТИНГА ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ЭКСПРЕССИВНОЙ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Поддерживающая экспрессивная психотерапия является формой терапии, центрированной на пациенте, в том смысле, что терапевт слушает, интерпретирует и дает ответные реакции на основании того, что говорит пациент, и ориентируется на это в большей степени, нежели на заранее заготовленные реплики. К симптомам и соответствующим межличностным проблемам терапевт и пациент применяют проблемно-ориентированный подход.

***Поддерживающие техники**

Терапевт должен периодически принимать решения по ходу лечения относительно того, может ли терапия опираться преимущественно на экспрессивные техники или же следует обратить большее внимание на поддерживающие техники. Для некоторых пациентов терапевт увеличивает количество поддержки, чтобы помочь пациенту перенести столько экспрессивной работы, сколько возможно. Основные методы предоставления поддержки и усиления альянса включают: выражение эмпатического понимания; содействие пациенту в достижении жизненно важных защит; поведение, направленное на поддержку компетентности пациента; демонстрацию реалистических обнадеживающих установок; признание способности пациента самостоятельно использовать средства терапии и делать то же, что делает терапевт; осуществление совместно с пациентом поиска понимания.

***Экспрессивные техники**

Терапевт следит за течением мыслей пациента, распознавая тем самым значение симптомов и соответствующие проблемы отношений, которые выражены в центральной теме конфликтных взаимоотношений (ССРТ). На протяжении каждой сессии действия терапевта определяются следующей последовательностью: (1) слушание, (2) составление формулировок, (3) ответные реакции на сказанное пациентом и затем (4) дальнейшее слушание.

РЕЙТИНГОВЫЕ ШКАЛЫ

Фамилия эксперта _____

Сессия № _____
(или запись сессии №)

РЕЙТИНГОВЫЕ ШКАЛЫ ДЛЯ ОСНОВНЫХ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ПЭ

Здесь предлагается четыре шкалы, три из которых предназначены для основных отличительных характеристик ПЭ, а четвертая — для определения степени соответствия проводимой терапии характеристикам ПЭ терапии. Данные четыре шкалы успешно использовались для различения поддерживающей экспрессивной терапии, когнитивно-бихевиоральной терапии, а также консультирования при наркозависимости (Luborsky, Woody, McLellan, O'Brien and Rosenzweig, 1982; Woody, Luborsky, McLellan, O'Brien, Beck, Blain, Herman and Hole, 1983).

1. Степень, в которой терапия сосредоточена на предоставлении поддержки: развитие помогающего альянса, поддержка компетентности пациента, поощрение и поддержка здоровых защит и поведения

1	2	3	4	5
Отсутствует	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Очень высокий уровень

2. Степень, в которой терапия сосредоточена на помощи пациенту в самовыражении как составляющей достижения понимания

1	2	3	4	5
Отсутствует	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Очень высокий уровень

3. Степень, в которой лечение сфокусировано на понимании отношений с терапевтом и оснований переноса

1	2	3	4	5
Отсутствует	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Очень высокий уровень

4. Степень соответствия проводимого лечения описаниям техник поддерживающей экспрессивной психоаналитически ориентированной психотерапии, изложенным в данном руководстве (общая шкала)

1	2	3	4	5
Отсутствует	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Очень высокий уровень

Рейтинговые шкалы для измерения поддержки

Методы облегчения терапевтом переживания помогающего альянса: Тип 1

1. Степень способности терапевта выразить посредством слов и поведения поддержку пациенту в достижении поставленных целей

1	2	3	4	5
Отсутствует	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Очень высокий уровень

2. Выражение чувства понимания и принятия

1	2	3	4	5
Отсутствует	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Очень высокий уровень

3. Степень выражения симпатии к пациенту

1	2	3	4	5
Отсутствует	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Очень высокий уровень

4. Содействие пациенту в достижении жизненно важных защит и поведения, которое поддерживает компетентность и базовый уровень функционирования

1	2	3	4	5
Отсутствует	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Очень высокий уровень

5. Выражение реалистичных обнадеживающих установок, отражающих возможность достижения целей терапии (или, по крайней мере, готовность продолжать попытки их достичь)

1	2	3	4	5
Отсутствует	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Очень высокий уровень

6. Признание в соответствующих случаях, что пациент прогрессирует в продвижении к целям

1	2	3	4	5
Отсутствует	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Очень высокий уровень

7. Поощрение определенных пациентов в отдельных случаях к самовыражению, особенно в тех сферах, где они хотят получить помощь

1	2	3	4	5
Отсутствует	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Очень высокий уровень

Методы облегчения терапевтом переживания помогающего альянса: Тип 2

1. Поддержание чувства «Мы»

1	2	3	4	5
Отсутствует	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Очень высокий уровень

2. Выражение уважения к пациенту

1	2	3	4	5
Отсутствует	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Очень высокий уровень

3. Выражение признания возрастающего умения пациента самостоятельно использовать основные средства терапии

1	2	3	4	5
Отсутствует	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Очень высокий уровень

4. Обращение к опыту, который пациент и терапевт пережили совместно

1	2	3	4	5
Отсутствует	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Очень высокий уровень

5. Поощрение совместного достижения понимания

1	2	3	4	5
Отсутствует	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Очень высокий уровень

Рейтинговые шкалы для исследования понимания

Принцип 1. Понимание основных симптомов пациента, главных источников психических страданий и терапевтических изменений в них в терминах соответствующей темы отношений

1	2	3	4	5
Отсутствует	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Очень высокий уровень

Принцип 4. Внимание к каждой сфере триады взаимоотношений: (1) текущие взаимоотношения в процессе лечения, (2) текущие взаимоотношения вне лечения и (3) прошлые взаимоотношения

1	2	3	4	5
Отсутствует	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Очень высокий уровень

Принцип 6. Восприятие симптомов как способов решения существующих проблем или форм совладающего поведения

1	2	3	4	5
Отсутствует	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Очень высокий уровень

Принцип 7. Внимание к восприятию пациентом поведения терапевта

1	2	3	4	5
Отсутствует	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Очень высокий уровень

РЕЙТИНГОВЫЕ ШКАЛЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ АДЕКВАТНОСТИ РЕАКЦИЙ ТЕРАПЕВТА ПРИ РАБОТЕ С ЭКСПРЕССИВНЫМИ ТЕХНИКАМИ

Принцип 1. Степень соответствия реакций терапевта главной проблеме – центральной теме конфликтных отношений (ССРТ)

1	2	3	4	5
Отсутствует	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Очень высокий уровень

Принцип 1А. Степень, в которой терапевт связывает ССРТ с одним из симптомов

1	2	3	4	5
Отсутствует	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Очень высокий уровень

Принцип 1Б. Степень направленности реакций терапевта на наиболее эмоционально-нагруженные и острые компоненты переноса

1	2	3	4	5
Отсутствует	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Очень высокий уровень

Принцип 2. Степень, в которой реакции терапевта вновь и вновь соответствуют аспектам CCRT и способствуют проработке

1	2	3	4	5
Отсутствует	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Очень высокий уровень

Принцип 3. Степень осознания терапевтом потребности пациента «проверить» отношения в переносе и проходить этот «тест»

1	2	3	4	5
Отсутствует	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Очень высокий уровень

Принцип 7. Степень, в которой реакции терапевта проходят тест соответствия сообщений, то есть адекватность и эффективность реакций на сообщения пациента

а. Определите одним предложением основную сущность главного сообщения пациента во время сессии:

б. Определите одним предложением основную сущность реакции терапевта во время сессии: _____

в. Оцените степень адекватности и эффективности реакций терапевта на сообщения пациента:

1	2	3	4	5
Отсутствует	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Очень высокий уровень

Принцип 8. Степень, в которой реакции терапевта направлены именно на те компоненты переноса, которые пациент в большей степени готов осознать

1	2	3	4	5
Отсутствует	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Очень высокий уровень

Принцип 9. Степень простоты и доступности для пациента реакций терапевта

1	2	3	4	5
Отсутствует Слишком сложны	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Очень высокий уровень Достаточно просты и понятны

Принцип 12. Степень, в которой реакции переноса свободны от контртрансферных нарушений

1	2	3	4	5
Отсутствует Не свободны	Низкий уровень свободы от них	Средний уровень свободы от них	Высокий уровень свободы от них	Очень высокий уровень свободы от них

РЕЙТИНГОВАЯ ШКАЛА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАВЫКОВ ТЕРАПЕВТА

Степень компетентности терапевта при проведении терапии

1	2	3	4	5
Плохо	Средний уровень	Довольно хорошо	Отлично	Очень высокая степень мастерства

РЕЙТИНГОВАЯ ШКАЛА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ПРЕДОСТАВЛЕННОЙ ПОМОЩИ

Степень уверенности пациента в том, что терапевт помогает ему. Например: «Мне понравились те мысли, которые вы высказали на предыдущей сессии» или «Я действительно рад получать от вас помощь».

Рейтинговая шкала переживания пациентом помогающего альянса (заполняется пациентом согласно описанию, приведенному в работе Александера и Люборски (Alexander and Luborsky, 1984)

1	2	3	4	5
Очень мало или совсем нет	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Очень высокий уровень

Фамилия _____

Дата _____

ОПРОСНИК ПОМОГАЮЩИХ ОТНОШЕНИЙ

Ниже перечислены утверждения, касающиеся отношений и чувств, возникающих между людьми. Пожалуйста, оцените каждое утверждение применительно к вашим отношениям с терапевтом.

Отметьте каждое утверждение в зависимости от того, насколько оно справедливо для ваших взаимоотношений с терапевтом. Пожалуйста, *оцените каждое утверждение*. Проставьте баллы +3, +2, +1 или -1, -2, -3, которые соответствуют следующим ответам:

- | | |
|---|--|
| +3. Да, я действительно чувствую, что это верно | -1. Нет, это скорее неверно |
| +2. Да, я чувствую что это верно. | -2. Нет, я чувствую, что это неверно |
| +1. Да, я чувствую, что это скорее верно | -3. Нет, я абсолютно уверен, что это неверно |

- _____ 1. Я уверен, что мой терапевт помогает мне
- _____ 2. Я уверен, что терапия помогает мне
- _____ 3. Я достиг нового понимания своих проблем
- _____ 4. В последнее время я чувствую себя лучше
- _____ 5. Я уже могу сказать, что со временем проработав проблемы, с которыми пришел в терапию
- _____ 6. Я чувствую, что могу впасть в зависимость от терапевта
- _____ 7. Я чувствую, что терапевт понимает меня
- _____ 8. Я чувствую, что терапевт хочет, чтобы я достиг целей
- _____ 9. Я чувствую, что я и терапевт работаем вместе
- _____ 10. Я уверен, что у нас сходное понимание сущности моих проблем
- _____ 11. Теперь я чувствую, что могу понять себя и работать с собой ради собственной пользы (даже если не буду больше встречаться с терапевтом)

Виды изменений:

Я чувствую изменения к лучшему в следующих сферах:

Я чувствую себя хуже в следующих сферах:

Оценка степени улучшений:

1	2	3	4	5
Отсутствует	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Очень высокий уровень

ЛИТЕРАТУРА

- Alexander, P., and French, T. 1946. *Psychoanalytic therapy: Principles and applications*. New York: Ronald Press.
- Alexander, L., and Luborsky, L. 1984. Research on the helping alliance. In *The psychotherapeutic process: A research handbook*, eds. L. Greenberg, and W. Pinsof. New York: The Guilford Press.
- Alexander, L.; Luborsky, L.; Auerbach, A.; Cohen, M.; Ratner, H.; and Schreiber, P. 1982. The effect of the match between patient and therapist: Findings from the repairing study. Paper delivered at the Society for Psychotherapy Research Meeting.
- American Psychiatric Association, Commission on Psychiatric Therapies (T. Karasu, Chair). 1982. Manual for Psychiatric Treatments. Washington, D.C. Typescript.
- American Psychological Association. 1980. Psychotherapy Research Supported, *APA Monitor*, i.
- Atthowe, J. 1973. Behavior innovation and persistence. *American Psychologist* 28: 34–41.
- Auerbach, A. 1963. An application of Strupp's method of content analysis of psychotherapy. *Psychiatry* 26: 137–148.
- Auerbach, A. H., and Luborsky, L. 1968. Accuracy of judgements of psychotherapy and the nature of the «good hour». In *Research in psychotherapy*, vol. 3, eds. J. Shiien, H. F. Hunt, J.P. Matarazzo and C. Savage, 155-68. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Balint, M.; Ornstein, P.; and Balint, E. 1972. *Focal psychotherapy*. London: Tavistock Publications.
- Beck, A. T., and Emery, G. D. 1977. *Individual treatment manual for cognitive behavioral psychotherapy for drug abuse*. Copyright 1977 (1st ed. 11/1/77). Typescript.
- Beck, A. T.; Rush, A.; Shaw, B.; and Emery, G. 1979. Cognitive Therapy of depression: A treatment manual. (Copyright by A.T. Beck, 1978). Typescript.
- Bergin, A., and Lambert, M. 1978. The evaluation of therapeutic outcomes. In *Handbook of psychotherapy and behavioral change: An Empirical Analysis*, eds. S. Garfield and A. Bergin, New York: Wiley.
- Bergmann, M., and Hartman, F. (eds.). 1977. *The evolution of psychoanalytic technique*. New York: Basic Books.

- Berlinski, D. 1978. Catastrophe theory and its applications: A critical review. *Behavioral Science* (September) 23, 402-416.
- Berzins, J. 1977. Patient-therapist matching. In *Effective psychotherapy*, eds. A. Gurman and A. Razin. Oxford, U.K.: Pergamon Press, 222-251.
- Bibring, E. 1954. Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 2: 745-70.
- Blanton, S. 1971. *Diary of my analysis with Sigmund Freud*. New York: Hawthorne.
- Brady, J. P. 1970. Behavior therapy. In *Modern trends in psychological medicine*, ed. J. H. Price, 256-76. London: Butterworth.
- Brenman, M. 1952. On teasing and being teased and the problem of «moral masochism». *Psychoanalytic Study of the Child* 7: 264-85. New York: International Universities Press.
- Brunink, S., and Schroeder, H. 1979. Verbal therapeutic behavior of expert psychoanalytically oriented, Gestalt, and behavior therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 47:
- Burstein, A. 1976. Psychotherapy for the poor. In *Successful psychotherapy*, ed. J. L. Claghorn, 189-96. New York: Brunner / Mazel.
- Butcher, J., and Koss, M. 1978. Research on brief and crisis-oriented therapies. In *Handbook of psychotherapy and behavior change*, eds. S. Garfield and A. Bergin. New York: Wiley.
- Butler, J. M., and Rice, L. N. 1963. Adience, self-actualization and drive theory. In *Concepts of personality*, eds. J. Wepman and R. Heine. Chicago: Aldine.
- DeRubeis, R.; Hollon, S.; Evans, M.; and Bemis, K. 1982. Can psychotherapies for depression be discriminated? A systematic investigation of cognitive therapy and interpersonal therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 50: 744-56.
- DiMascio, A.; Klerman, G.; Weissman, M.; Pruson, B.; Neu, C.; and Moore, P. 1979. An ethically justifiable and methodological appropriate control group for psychotherapy research in acute depression. Typescript.
- Docherty, J.; Marder, S.; Van Kammen, D.; and Siris S. 1977. Psychotherapy and pharmacotherapy: conceptual issues. *American Journal of Psychiatry*, 134: 529-533.
- Edelson, M. 1963. *Termination of intensive psychotherapy*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas.
- Ekstein, R. 1969. The learning process: From learning for love to love of learning. In *From Learning for Love to Love of Learning*, eds. Ekstein, R. and Motto, R. 95-98. New York: Brunner / Mazel.

- Ekstein, R. 1980. Robert Waelder's criteria of interpretation (1939) revisited. *Journal of the Philadelphia Association for Psychoanalysis* 7: 113–128.
- Ekstein, R., and Wallerstein, R. 1958. *The teaching and learning of psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Feldman, F. 1968. Results of psychoanalysis in clinic case assignments. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 16: 274–300.
- Feldman, F.; Lorr, M.; and Russell, S. 1958. A mental hygiene clinic case survey. *Journal of Clinical Psychology* 14:245–50.
- Fenichel, O. 1930. Statistischer bericht fiber die therapeutische tatigkeit, 1920-1930. In *Zehn Jahr Berliner Psychoanalytisches Institut*, ed. 13–19. Wien: Internationale Psychoanalytischer Verlag.
- Fenichel, O. 1941. Problems of psychoanalytic technique. *The Psychoanalytic Quarterly* 7.
- Ferenczi, S. [1920] 1950. *Further contribution to the theory and technique of psychoanalysis*. London: Hogarth Press.
- Fiske, D. W.; Cartwright, D. S.; and Kirtner, W.L. 1964. Are psychotherapeutic changes predictable? *Journal of Abnormal and Social Psychology* 69:418–26.
- Frank, J. 1968. The role of hope in psychotherapy. *International Journal of Psychiatry* 5: 383–95.
- French, T., and Wheeler, D. 1963. Hope and the repudiation of hope in psychoanalytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis* 44: 304–16.
- Freud, S. [1911] 1958. The handling of dream-interpretation in psychoanalysis. In *The standard edition*, vol. 12, ed. J. Strachey, 89–96. London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis.
- Freud, S. [1912] 1958. The dynamics of transference. In *The standard edition*, vol. 12, ed. J. Strachey, 97–108. London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis. (a)
- Freud, S. [1912] 1958. Recommendations to physicians practicing psychoanalysis. In *The standard edition*, vol. 12, ed. J. Strachey, 109–120. London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis. (b)
- Freud, S. [1913] 1958. On beginning the treatment (further recommendations on the technique of psychoanalysis). In *The standard edition*, vol. 12, ed. J. Strachey, 121–44. London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis. (a)
- Freud, S. [1913] 1958. The claims of psychoanalysis to the interest of the non-psychological sciences. In *The standard edition*, vol. 13, ed. J. Strachey, 165–92. London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis. (b)

- Freud, S. [1914] 1958. Remembering, repeating and working-through. Further recommendations on the technique of psychoanalysis. In *The standard edition*, vol. 12, ed. J. Strachey, 147–56. London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis.
- Freud, S. [1915] 1957. The unconscious. In *The Standard Edition*, vol., ed. J. Strachey, 166–204. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis. (a)
- Freud, S. [1915] 1958. Observations on transference-love: Further recommendations on the technique of psychoanalysis. In *The standard edition*, vol. 12, ed. J. Strachey, 157–71. London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis. (b)
- Freud, S. [1926] 1959. Inhibitions, symptoms and anxiety. In *The Standard Edition*, vol. 20, ed. J. Strachey, 87–174. London: Hogarth Press and The Institute for Psychoanalysis.
- Freud, S. [1932] 1964. The dissection of the psychical personality. In *The Standard Edition*, vol. 22, ed. J. Strachey, 57–80. London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis.
- Freud, S. [1937] 1964. Analysis terminable and interminable. In *The standard edition*, vol.23, ed. J. Strachey, 216–54. London: Hogarth Press and The Institute for Psychoanalysis.
- GAP. 1975. Pharmacotherapy and psychotherapy: paradoxes, problems and progress. Report 93. NY: GAP.
- Gerin, P, Bague, J. and Sali, H. Measuring change in psychotherapy by the Core Conflictual Relationship theme method, in preparation.
- Gill, M. M. 1951. Ego psychology and psychotherapy. *Psychoanalytic Quarterly* 20: 60–71.
- Gill, M. M. 1954. Psychoanalysis and exploratory psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2:771-90.
- Gill, M. M. 1979. The analysis of the transference. *Journal American Psychoanalytic Association (Supplement)*: 263-88.
- Gill, M. M. 1982. Analysis of transference. *Theory and technique*, vol. 1 of *Psychological issues*. Monograph 53. New York: International Universities Press.
- Gill, M. M., and Hoffman, I. Z. 1982. A method for studying the analysis of aspects of the patient's experience of the relationship in psychoanalysis and psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 30: 137–167 (a).
- Gill, M. M., and Hoffman, I. Z. 1982. Analysis of transference. *Studies of nine audio-recorded psychoanalytic sessions*. Vol. 2 of *Psychological issues*. Monograph 54. New York: International Universities Press. (b)

- Glover, E. 1955. *The technique of psychoanalysis*. New York: International Universities Press.
- Goldstein, A. P., and Simonson, N. R. 1971. Social psychological approaches to psychotherapy research. In *Handbook of psychotherapy and behavior change*, eds. A. E. Bergin and S. L. Garfield. New York: Wiley.
- Greenblatt, M. 1959. Discussion of papers by Saslow and Matarazzo and Lacey. In *Research in Psychotherapy* eds. E. Rubinstein and M. Parloff, 209–20. Washington, D.C., American Psychological Association.
- Greenson, R. 1965. The working alliance and transference neurosis. *Psychoanalytic Quarterly* 34: 158–81.
- Greenson, R. 1967. *The technique and practice of psychoanalysis*. Vol. 1. New York: International Universities Press.
- Greenspan, S. 1981. Psychopathology and adaptation in infancy and early childhood: Principles of clinical diagnosis and preventive intervention. *Clinical Infant Reports*, No. 1, New York: International Universities Press. (a)
- Greenspan, S., and Polk, W. 1980. A developmental approach to the assessment of adult personality functioning and psychopathology. In *The course of life: Psychoanalytic contributions toward understanding personality development*, vol. 3, eds. S. Greenspan, and G. Pollock. Washington, D.C.: Government Printing Office.
- Greenspan, S., and Sharfstein, S. 1981. The efficacy of psychotherapy: Asking the right questions. *Archives of General Psychiatry* 38: 1213–19.
- Grinker, R., and Spiegel, J. 1944. Brief psychotherapy in war neuroses. *Psychosomatic Medicine* 6: 123–31.
- Grinker, R., and Spiegel, J. 1945. *Men under stress*. Philadelphia: Blakiston.
- Henry, W.; Sims, J.; and Spray, S. 1973. *Public and private lives of psychotherapists*, 272. San Francisco: Josey-Bass.
- Herink, R. (ed.). 1980. *The psychotherapy handbook: The A to Z guide to more than 250 different therapies in use today*. New York: New American Library (Meridian).
- Hoehn-Saric, R.; Frank, J.; Imber, S.; Nash, E.; Stone, A.; and Battle, C. 1964. Systematic preparation of patients for psychotherapy: I. Effects on therapy behavior and outcome. *Journal of Psychiatric Research* 2: 267–81.
- Hollender, M. 1965. *The practice of psychoanalytic psychotherapy*. New York: Grune and Stratton.
- Holt, R., and Luborsky, L. 1958. *Personality patterns of psychiatrists*, Vol. 1. New York: Basic Books.

- Holzman, P. 1965. Process in the supervision of psychotherapy. *Bulletin Menninger Clinic* 29: 125–30.
- Horowitz, L. M.; Sampson, H.; Sigelman, E.; Wolfson, A.; and Weiss, J. 1975. On the identification of warded-off mental contents. *Journal of Abnormal Psychology* 84: 545–58.
- Horowitz, M. 1979. *States of mind: Analysis of change in psychotherapy*. New York: Plenum.
- Horowitz, M.; Marmar, C.; and Wilner, N. 1979. Analysis of patient states and state transitions. *Journal of Nervous and Mental Disease* 167: 91–99.
- Janis, I. (ed.). 1982. *Counseling on personal decisions: Theory and research on short-term helping relationships*. New Haven Conn.: Yale University Press.
- Janis, I. (ed.). 1983. Short term counseling: Guidelines based on recent research. New Haven: Yale University Press.
- Karasu, T. B. 1981. From Freudian psychoanalysis to experiential psychotherapies: An essay on recent trends. *Academy Forum* (Summer) 25: 13–31.
- Kernberg, O. 1975. *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O.; Burstein, E.; Coyne, L.; Applebaum, A.; Horowitz, L.; and Voth, H. 1972. Psychotherapy and psychoanalysis: Final report of the Menninger Foundation's psychotherapy research project. *Bulletin of the Menninger Clinic* 36: 1–275.
- Klein, G. 1970. *Perception, motives and personality*. New York: Knopf.
- Klerman, G., and Neu, C. 1976. A manual for interpersonal treatment of depression. Typescript.
- Klerman, G.; Rounsaville, B.; Chevron, E.; Neu, C.; and Weissman, M. 1979. Manual for short-term interpersonal psychotherapy (IPT) for depression. Yale University, New Haven, Conn. 4th draft. Mimeo.
- Kohut, H. 1977. *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.
- Levine, F., and Luborsky, L. 1981. The core conflictual relationship theme method – A demonstration of reliable clinical inferences by the method of mismatched cases. In *Object and self: A developmental approach*, eds. S. Tuttmann, C. Kaye, and M. Zimmerman, 501–26. New York: International Universities Press.
- Lindemann, E. 1944. Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry* 101: 141–48.
- Lipton, S. Review of Blanton (1971). 1973. *Bulletin of the Philadelphia Association for Psychoanalysis* 23: 236–37.

- Lipton, S. 1979. An addendum to: The advantages of Freud's techniques as shown in his analysis of the Rat Man. *International J. Psychoanalysis* 60, 215–216.
- Luborsky, L. Repeated intra-individual measurements (P-Technique) in understanding symptom structure and psychotherapeutic change. In O. H. Mowrer (ed.) *Psychotherapy: theory & research*. New York: Ronald Press, 1953 (Chapter 14).
- Luborsky, L. 1962. The patient's personality and psychotherapeutic change. In *Research in psychotherapy*, vol. 11, eds. H. Strupp and L. Luborsky. 115–33. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Luborsky, L. 1973. The task of the psychotherapist – a socratic dialogue between the therapist and the supervisor in psychoanalytically oriented psychotherapy. Typescript.
- Luborsky, L. 1967. Momentary forgetting during psychotherapy and psychoanalysis: A theory and research method. In *Motives and thought: Psychoanalytic essays in honor of David Rapaport*, ed. R. R. Holt. 177–217. New York: International Universities Press.
- Luborsky, L. 1969. Research cannot yet influence clinical practice. (An evaluation of Strupp and Bergin's *Some empirical and conceptual bases for coordinated research in psychotherapy: Critical review of issues, trends and evidence*. *International Journal of Psychiatry* 7:135–40.
- Luborsky, L. 1970. New directions in research on neurotic and psychosomatic symptoms. *American Scientist* 58: 661–68.
- Luborsky, L. 1976. Helping alliances in psychotherapy: The groundwork for a study of their relationship to its outcome. In *Successful psychotherapy*, ed. J. L. Claghorn, 92–116. New York: Brunner/Mazel. (a)
- Luborsky, L. 1976. *A general manual for supportive-expressive psychoanalytically oriented psychotherapy*. Typescript. (Copyright 1976). (b)
- Luborsky, L. 1977. Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: The core conflictual relationship theme. In *Communicative structures and psychic structures* eds. N. Freedman and S. Grand, 367–95. New York: Plenum.
- Luborsky, L. 1978. Relationship narratives as a basis for inference about transference. Typescript.
- Luborsky, L. 1978. The relationship anecdotes paradigms test (RAP test): A TAT-like method using actual narratives. Typescript.
- Luborsky, L. 1998. A guide to the CCRT. In: Luborsky L., Crits-Cristoph (eds.) *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Method*. Washington. DC: American psychological Assotiation.

- Luborsky, L., and Auerbach, A. H. 1969. The symptom-context method: Quantitative studies of symptom formation in psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 17: 68–99.
- Luborsky, L., and Auerbach, A. H. 1979. *Manual for nonscheduled minimal treatment*, (Adapted from A. DiMascio, G. Klerman, M. Weissman, B. Prusoff, C. Neu, and P. Moore. [1978]. Typescript.
- Luborsky, L.; Chandler, M.; Auerbach, A. H.; Cohen, J.; and Bachrach, H. M. 1971. Factors influencing the outcome of psychotherapy: A review of quantitative research. *Psychological Bulletin* 75: 145–85.
- Luborsky, L.; Crits-Christoph, P.; Alexander, L.; Margolis, M.; and Cohen, M. 1983. Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: A counting signs vs. a global rating method. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 171: 480–492.
- Luborsky, L.; Docherty, J.; Todd, T.; Knapp, P.; Mirsky, A.; and Gottschalk, L. 1975. A context analysis of psychological states prior to petit mal seizures. *Journal of Nervous and Mental Disease* 160:282–98.
- Luborsky, L. and De Rubeis, R. 1984. The use of psychotherapy manuals: A small revolution in psychotherapy research style. *Clinical Psychology Review* 4.
- Luborsky, L. B.; Fabian, M.; Hall, B. H.; Ticho, E.; and Ticho, G. 1958. Treatment variables. *Bulletin of the Menninger Clinic* 22: 126–47.
- Luborsky, L.; Graft, H.; Pulver, S.; and Curtis, H. 1973. A clinical-quantitative examination of consensus on the concept of transference. *Archives of General Psychiatry* 29: 69–75.
- Luborsky, L., and McLellan, A. T. 1981. Optimal matching of patients with types of psychotherapy: What is known and some designs for knowing more. In *Matching patient needs and treatment methods for alcohol and drug abuse*, eds. E. Gottheil, A. T. McLellan, K. Druley, 51–71. Chicago: Charles Thomas.
- Luborsky, L.; McLellan, A. T.; Woody, G.; O'Brien, C.; and Auerbach, A. In preparation. Therapists' success and its determinants.
- Luborsky, L.; Mintz, J.; Auerbach, A.; Christoph, P.; Bachrach, H.; Todd, T.; Johnson, M.; Cohen, M.; and O'Brien, C. P. 1980. Predicting the outcomes of psychotherapy — Findings of the Penn psychotherapy project. *Archives of General Psychiatry* 37: 471–81.
- Luborsky, L.; Mintz, J.; Auerbach, A.; and Crits-Christoph, Bachrach, H., and Cohen, M. 1988. Who will benefit from psychotherapy Basic Books, New York. Psychotherapy: Who will benefit and how? — Factors influencing the outcomes of psychotherapy.

- Luborsky, L.; Sackeim, H.; and Christoph, P. 1979. The state conducive to momentary forgetting. In *Functional disorders of memory*, eds. J. Kihstrom and F. Evans, 325–53. Hillside, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Luborsky, L.; Singer, B.; Hartke, J.; Crits-Christoph, P.; and Cohen, M. 1983. Which concepts of depression fit the context of Mr. Q's shifts? In *Patterns of Change: Intensive analysis of psychotherapy process*. New York: Guilford Press.
- Luborsky, L., and Schimek, J. 1964. Psychoanalytic theories of therapeutic and developmental change: Implications for assessment. In *Personality change*, eds. P. Worchel and D. Byrne, 73–99. eds. L. Rice and L. Greenberg. New York: Wiley.
- Luborsky, L.; Singer, B.; and Luborsky, L. 1975. Comparative studies of psychotherapies: Is it true that «Everybody has won and all must have prizes»? *Archives of General Psychiatry* 32: 995–1008.
- Luborsky, L.; Woody, G.; Hole, A.; and Velleco, A. In preparation. *Treatment manual for supportive-expressive psychoanalytically oriented psychotherapy – Special adaptation for treatment of drug dependence*, copyright 1977. In *Psychological treatment manuals and their effectiveness for drug abuse patients*, eds. G. Woody, L. Luborsky, and T. McLellan.
- Luborsky, L.; Woody, G. E.; McLellan, A. T.; O'Brien, C. P.; and Rosenzweig, J. 1982. Can independent judges recognize different psychotherapies? An experience with manual-guided therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 30: 49–62.
- Malan, D. H. 1963. *A study of brief psychotherapy*. London: Tavistock Publications.
- Malan, D. H. 1976. *Toward the validation of a dynamic psychotherapy*. New York: Plenum.
- Mann, J. 1973. *Time-limited psychotherapy*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Mayman, M. 1978. Trauma, stimulus barrier, ego boundaries and self-preservation: Ego psychology. In *Beyond the pleasure principle*. In *The human mind revisited: Essays in honor of Karl A. Menninger*, ed. S. Smith, 141–58. New York: International Universities Press.
- McLellan, A. T.; Luborsky, L.; Woody, G.; O'Brien, C.; and Druley, K. 1983. Predicting response to alcohol and drug treatments: Role of psychiatric severity. *Archives of General Psychiatry*. 40: 620–25.
- McLellan, A. T.; Luborsky, L.; O'Brien, C.; Druley, K.; and Woody, G. 1983. Increased effectiveness of substance abuse treatment – A prospective study of patient-treatment «matching» *J. Nervous and Mental Disease*, 171: 597–603

- Menninger, K. 1942. *Love against hate*. New York: Harcourt, Brace.
- Menninger, K. with Mayman, M. and Pruyser, P. 1963. *The vital balance: The Life Process in Mental Health and Illness*. New York: Viking Press.
- Menninger, K., and Hoizman, P. S. 1973. *The theory of psychoanalytic techniques*, 2nd ed. New York: Basic Books.
- Minuchin, S. 1974. *Families and family therapy*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Morgan, R.; Luborsky, L.; Crits-Christoph, P.; Curtis, H.; and Solomon, J. 1982. Predicting the outcomes of psychotherapy by the Penn helping alliance rating method. *Archives of General Psychiatry* 39: 397–402.
- Nash, E.; Hoehn-Saric, R.; Battle, C.; Stone, A.; Imber, S.; and Frank, J. 1965. Systematic preparation of patients for short-term psychotherapy. II. Relation of characteristics of patient, therapist and the psychotherapeutic process. *Journal of Nervous and Mental Disease* 140:374–83.
- Neu, C.; Prusoff, B.; and Klerman, G. 1978. Measuring the interventions used in the short-term interpersonal psychotherapy of depression. *American Journal of Orthopsychiatry* 48: 629–36.
- Orne, M., and Wender, P. 1968. Anticipatory socialization for psychotherapy: Method and rationale. *American Journal of Psychiatry* 124:88–98, 1209–11.
- Parloff, M. B. 1979. Can psychotherapy research guide the policy-maker? A little knowledge may be a dangerous thing. *American Psychologist* 34:296–306.
- Pfeffer, A. Z. 1959. A procedure for evaluating the results of psychoanalysis: A preliminary report. *Journal American Psychoanalytic Association* 7:418–44.
- Ramzy, I. 1974. How the mind of the psychoanalyst works: An essay on psychoanalytic inference. *International Journal of Psychoanalysis* 55:543–50.
- Ramzy, I., and Shevrin, H. 1976. The nature of the inference process: A critical review of the literature. *International Journal of Psychoanalysis* 57:151–59.
- Rapaport, D.; Gill, M. M.; and Schafer, R. 1968. *Diagnostic psychological testing*, rev.ed., R.R. Holt, ed. New York: International Universities Press.
- Rank, O. 1936. *Will therapy?* New York: Knopf.
- Redl, F. 1966. *When we deal with children*. New York: Free Press.
- Rogers, C. 1957a. The necessary and sufficient conditions of

- therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology* 21: 95–103.
- Rogers, C. 1957b. Training individuals to engage in the therapeutic process. In C. R. Struther (ed.) *Psychology and Mental Health*, Washington D.C.: American Psychological Association pp. 76–92.
- Rounsaville, B.; Weissman, M.; and Prusoff, B. 1981. Psychotherapy with depressed outpatients: Patient and process variables as predictors of outcome. *British Journal of Psychiatry* 138: 67–74.
- Rounsaville, B.; Glazer, W.; Wilbur, C.; Weissman, M.; and Kleber, H. 1983. Short-term interpersonal psychotherapy in Methadone-maintained Opiate Addicts. *Archives of General Psychiatry* 40:629–36.
- Sampson, H. 1976. A critique of certain traditional concepts in the psychoanalytic theory of therapy. *Bulletin of the Menninger Clinic* 40:255–62.
- Schafer, R. 1958. On the psychoanalytic study of retest results. *Journal of Projective Techniques* 22:102–109.
- Schlesinger, H. 1969. Diagnosis and prescription for psychotherapy. *Bulletin of the Menninger Clinic* 33:269–78.
- Schlesinger, H. 1977. The responsibility of the psychoanalyst for analytic and therapeutic change. In *The transactions of the Topeka psychoanalytic society*, recorder, A. Appelbaum. *Bulletin of the Menninger Clinic* 41:202–206.
- Schmale, A. H. 1958. Relationship of separation and depression to disease. *Psychosomatic Medicine* 20:259–77.
- Sifneos, P. W. 1972. *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Silberschatz, G. 1977. The effects of the analyst's neutrality on the patient's feelings and behavior in the psychoanalytic situation. Ph.D. diss. New York University.
- Singer, B., and Luborsky, L. 1977. Countertransference: A comparison of what is known from the clinical vs quantitative research. In *The therapist's contribution to effective psychotherapy: An empirical assessment*, eds. A. Gurman and A. Razin. New York: Pergamon.
- Sloane, R. B.; Staples, F. R.; Cristol, A. H.; Yorkson, N. J.; and Whipple, K. 1975. *Psychotherapy vs. behavior therapy*. London and Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Smith, M.; Glass, G.; and Miller, T. 1980. *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins Press.
- Spence, D. P. 1973. Tracing a thought stream by computer. In *Psychoanalysis and contemporary science*, vol. 2, ed. B. B. Rubinstein. New York: Macmillan.

- Spence, D. P., and Lugo, M. 1972. The role of verbal cues in clinical listening. In *Psychoanalysis and contemporary science*, vol. i, eds. R. Holt and E. Peterfreund, 109–131. New York: Macmillan.
- Stone, L. 1951. Psychoanalysis and brief psychotherapy. *Psychoanalytic Quarterly* 20:215–36.
- Stone, L. 1961. *The psychoanalytic situation*. New York: International Universities Press.
- Stone, P. J.; Dunphy, D. C.; Smith, M. S.; and Ogilvie, D. M. 1966. *The general inquirer*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Strupp, H. 1958. The performance of psychoanalytic and client-centered therapists in an initial interview. *Journal of Consulting Psychology* 22: 265–74.
- Strupp, H., and Binder J. 1982. Time-limited dynamic psychotherapy (TLDP): A treatment manual. Typescript. (Copyright 1982).
- Van Ravenswaay, P. Luborsky, L and Childress, A. Consistency of the transference in vs out of psychotherapy. Paper given at Society for Psychotherapy Research, July, 1983.
- Waelder, R. (1939) 1976. Criteria of interpretation. In *Psychoanalysis: Observation, theory, application-selected papers by Robert Waelder*. S. Gutman (Ed.) New York: International Universities Press.
- Wallerstein, R. 1984. *Forty-two lives in treatment*. New York: Guilford Press.
- Wallerstein, R., and Robbins, L. 1956. Concepts. In *The psychotherapy research project of the Menninger Foundation*, R. Wallerstein, L. Robbins, H. Sargent, and L. Luborsky. *Bulletin of the Menninger Clinic* 20:239–62.
- Wallerstein, R.; Robbins, L.; Sargent, H.; and Luborsky, L. 1956. The psychotherapy research project of the Menninger Foundation. Rationale, method and sample use. *Bulletin of the Menninger Clinic* 20:221–80.
- Waskow, I. E.; Hadley, S.; Parloif, M.; and Autry, J. 1979. *Psychotherapy of depression*. Collaborative Research Program. Unpublished interim research proposal. National Institute of Mental Health.
- Weiss, J. 1971. The emergence of new themes: A contribution to the psychoanalytic theory of therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 52: 459–67.
- Weiss, J. and Sampson, H. 1984. *The psychotherapeutic process*. Guilford Press: New York.
- Weissman, M. 1979. The psychological treatment of depression — Evidence for the efficacy of psychotherapy alone in comparison with, and in combination with pharmacotherapy. *Archives of General Psychiatry* 36: 1261–69.

- Witaker, C. and Malone, T. 1981. *The roots of psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Witkin, H.; Lewis, H. B.; and Weil, E. 1968. Affective reactions and patient-therapist interaction among more differentiated and less differentiated patients early in therapy. *Journal of Nervous and Mental Disease* 146:1930–2008.
- Wolberg, L. R. 1967. *The technique of psychotherapy*, 2nd ed. New York: Grune & Stratton.
- Wolpe, J. 1969. *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon.
- Woody, G. E.; Luborsky, L.; and McLellan, T. In preparation. *Psychological treatment manuals for drug abuse patients and evidence for their effectiveness*.
- Woody, G. E.; Stockdale, D.; and Hargrove, E. 1977. *A manual for drug counseling*. Copyright, 1977. Typescript.
- Woody, G.; McLellan, A. T.; Luborsky, L.; and O'Brien, C. P. 1981. Psychotherapy for opiate addiction: Some preliminary results. *Annals of the New York Academy of Sciences* 362:91–100.
- Woody, G.; Luborsky, L.; McLellan, A. T.; O'Brien, C. P.; Beck, A.; Blaine, J.; Herman, I.; and Hole, A. 1983. Psychotherapy for Opiate Addicts Does it Help? *Arch. Gen. Psychiat*, 40, 639–45.
- Zetzel, E. 1958. The therapeutic alliance in analysis of hysteria. In *The capacity for emotional growth*, chap. 11, ed. E. Zetzel, 182–96. Hogarth Press: London.

Научное издание

Серия
«Современная психотерапия»

Лестер Люборски

Принципы психоаналитической психотерапии: Руководство по поддерживающему экспрессивному лечению

Консультант серии – *К. В. Ягнюк*
Редактор – *О. В. Шапошникова*
Оформление серии – *В. С. Филатович*
Обложка – *А. Пожарский*
Компьютерная верстка и графика – *А. Пожарский*
Корректор – *Е. В. Феоктистова*

ИД № 05006 от 07.06.01.

Сдано в набор. Подписано в печать.

Формат 84x108/32. Бумага офсетная № 1.

Гарнитура NewBaskerville. Печать офсетная.

Усл. печ. л. 10.3. Уч.-изд. л. 9,52. Тираж . Заказ .

Издательство «Когито-Центр»
129366, Москва, ул. Ярославская, 13
тел.: (095) 216-3604, (095) 282-0100
E-mail: visu@psychol.ras.ru <http://www.cogito.msk.ru>

Отпечатано в полном соответствии
с качеством предоставленных диапозитивов
в ОАО «Можайский полиграфический комбинат»
143200, г. Можайск, ул. Мира, 93.