

Распространенные мифы о психотерапии

Арнольд Лазарус

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

- *Миф 1*: Глубина терапии важнее широты.
- *Миф 2*: Все зависит от отношений.
- *Миф 3*: Изменения генерализуются автоматически.
- *Миф 4*: Не переходите терапевтические границы.
- *Миф 5*: Несогласие с терапевтическими рекомендациями или их невыполнение есть признак “сопротивления”.

Обсудим теперь кратко каждый миф.

Широта vs. глубина

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

Отношения клиента и терапевта

Вот типичное (ошибочное) утверждение: “То, чем *является* индивидуальный терапевт, важнее чем то, что он или она *делает*” (Goodkin, 1981, p. 6). Конечно, личность терапевта, степень заботы, стиль общения и способность к эмпатии существенны, но сам по себе даже очень любящий, заботящийся, понимающий клиницист не поможет большинству клиентов с симптомами навязчивости, фобиями, биполярной депрессией, острыми паническими расстройствами или индивидам с особыми сексуальными дисфункциями (перечислены лишь некоторые проблемы), если он или она не знает как применить специфические навыки. “Терапевтические отношения – это почва, позволяющая техникам пустить корни” (Lazarus & Fay, 1984). Иногда отношения могут обеспечить адекватные условия, которые и необходимы, и достаточны (эту идею выдвинул Роджерс (Rodgers, 1957), и она еще звучит у его последователей), но в большинстве случаев хороший рабочий альянс *обычно необходим, но часто не достаточен* (Fay & Lazarus, 1993). В сущности, эффективная терапия требует подходящих, правильно применяемых техник в контексте доверительных и внимательных отношений. Отношения служат для того, чтобы обучать, мотивировать, обобщать, формулировать и разделять проблемы и решения.

Генерализация

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

социальном окружении клиента. Тщательное отслеживание выполнения предписаний между сессиями нужно для подтверждения того, что знание и инсайт привели к изменению на уровне действий.

Переход границ

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

Несогласие и “сопротивление”

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

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

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

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

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

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

Lazarus, A.A. (1994). How certain boundaries and ethics diminish therapeutic effectiveness. *Ethics & Behavior*, 4, 255-261. Lazarus, A.A., & Fay, A. (1982). Resistance or rationalization? A cognitive-behavioral perspective. In P.L. Wachtel (Ed.), *Resistance: psychodynamic and behavioral approaches*. New York: Plenum.

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

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