



# THE EVOLUTION OF PSYCHOTHERAPY

## **Volume 2**

Edited by Jeffrey K. Zeig

**Brunner/Mazel, Publishers  
New York**

# ЭВОЛЮЦИЯ ПСИХОТЕРАПИИ

## **Том 2**

Перевод с английского

**Москва  
Независимая фирма "Класс"  
1998**

УДК 615.851

ББК 53.57

Э 15

Э 15 **Эволюция психотерапии:** Том 2. “Осень патриархов”: психоаналитически ориентированная и когнитивно-бихевиоральная терапия / Пер. с англ. — М.: Независимая фирма “Класс”, 1998. — 416 с. — (Библиотека психологии и психотерапии).

**ISBN 5-86375-076-6 (РФ)**

В этом томе объединены два самых признанных и наиболее разработанных направления современной психотерапии — психоанализ и бихевиорально-когнитивный подход. Статьи, представленные в сборнике, убеждают в том, что эти направления отнюдь не достояние истории; на страницах книги разворачиваются горячие дискуссии по самым животрепещущим проблемам: эффективности лечения, методам и техникам воздействия, теоретическим основаниям и перспективам развития психотерапии.

Книга может быть рекомендована всем, кто интересуется теорией и практикой психотерапии.

Главный редактор и издатель серии *Л.М.Кроль*

Научный консультант серии *Е.К.Михайлова*

*Публикуется на русском языке с разрешения издательства Brunner/Mazel и его представителя Марка Патерсона.*

ISBN 0-87630-677-6 (USA, 1982)

ISBN 0-87630-440-4 (USA, 1987)

ISBN 5-86375-076-6 (РФ)

© 1982 The Milton H. Ericson  
Foundation

© 1998 Независимая фирма “Класс”,  
издание, оформление

© 1998 Е.А. Проценко, Л.В. Ерашова,  
Е.В. Курдюкова, А.В. Гнездицкая,  
перевод на русский язык

© 1998 М.Н. Тимофеева, предисловие

© 1998 В.Э. Королев, обложка

*Исключительное право публикации на русском языке принадлежит издательству “Независимая фирма “Класс”. Выпуск произведения или его фрагментов без разрешения издательства считается противоправным и преследуется по закону.*

## КАРТА — ЭТО НЕ ТЕРРИТОРИЯ

Первый раздел данного тома, посвященный психоанализу, может быть интересен самому широкому кругу читателей по самым разным причинам. Однако не ищите того, чего в нем нет и на что он не претендует, — это совсем не рассказ об эволюции психоанализа.

Собранные здесь статьи скорее можно рассматривать как некие пункты на “карте” психоанализа последнего десятилетия, находящиеся на разном расстоянии от основных “магистралей” и “маршрутов” и представляющие различный интерес для “туристов”. (Не будем забывать, что у всех разные пристрастия, и то, что привлекает внимание одних, другим может показаться просто скучным.)

Обычно в каждой области есть место, которое нельзя обойти и которое всем нравится. В данном сборнике это совершенно особая статья Бруно Беттельгейма “Терапевтическая среда”. В ней описывается реально существующий, основанный на психоаналитических принципах стационар для лечения детей с тяжелыми нарушениями. Он интересен и сам по себе — как институт, но в то же время и как метафора современного психоанализа и психоаналитической психотерапии. Его можно рассматривать как материальное воплощение концепции того, как психотерапия работает. Наконец, мы видим самоотверженную работу чрезвычайно талантливых людей, необыкновенные результаты, которых они достигают, и это вселяет надежду и укрепляет веру в нашу профессию в целом. Не случайно в обсуждении доктор Лэйнг, которого трудно заподозрить в особой любви к психоанализу, говорит: “...Если есть среди нас на этой конференции и среди нашего поколения человек, заслуживающий Нобелевской премии в данной области, так это доктор Беттельгейм”.

Еще один интригующий момент данного сборника состоит в том, что читатель может стать свидетелем живого диалога между представителями психоанализа и других видов психотерапии. Возможно, мы даже не совсем понимаем уникальность этой ситуации.

Дело в том, что в России после пятидесятилетнего вынужденного перерыва психоанализ появился *наряду и одновременно* с другими психотерапевтическими подходами, и для нас гораздо менее очевиден тот факт, что психотерапия как таковая началась с психоанализа и для большинства видов психотерапии он является непосредственным источником.

И в этом контексте кажется особенно важным, что в данном томе встретились именно те направления, которые в жизни практически не имеют точек соприкосновения. Вероятно, нам даже трудно оценить те формировавшиеся десятилетиями барьеры, которые разделяют, допустим, представителей аналитически-ориентированной и когнитивно-бихевиоральной терапии. Для читателя, независимо от его теоретической ориентации, особой ценностью могут обладать как раз те области психотерапевтической “карты”, которые оставались неясными или известными лишь в пересказе. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия при ближайшем рассмотрении оказывается тоже не так проста и “линейна”, как можно было бы предположить... Между тем она достаточно популярна, имеет своих преданных поклонников и, что самое главное, развивается.

Мне кажется, содержание этого диалога направлений и то, как он протекает, несет на себе отпечаток этих родительско-детских отношений. Но знаменателен и сам факт этого диалога. Особенно радует в этой связи статья Джадда Мармора об общих знаменателях различных психотерапевтических подходов. В России в силу исторических причин большинство психотерапевтов пробовали себя в нескольких жанрах, пока не останавливались (если останавливались) на чем-то одном, и нам трудно представить себе, до какой степени психоанализ в Европе и Америке отделен от других методов. Ведь большинство психоаналитиков вообще не знают об остальных направлениях. Я была потрясена, столкнувшись с тем, что никто из сотрудников психоаналитически-ориентированного психотерапевтического центра одного из американских университетов не знал, кто такой Фриц Перлз. В этой связи забавно, что иногда в психоанализе как новые возникают идеи, уже несколько лет существующие в других психотерапевтических подходах. С другой стороны, оппоненты психоанализа как будто вообще не замечают его эволюции за последние сто лет и продолжают яростно нападать на созданную общественным мнением (не без их помощи) карикатуру на классический анализ. Характерно, что при обсуж-

дении статей непсихоаналитики практически всегда высказывают мысль, что психоанализ уже давно умер. Джей Хейли даже называет годом смерти 1957-й и говорит, что “похороны все еще продолжаются в крупных городах”. Но зачем же столько пафоса, страсти и некорректности в борьбе с тем, чего уже нет? И опять Джей Хейли как бы не слышит Джеймса Мастерсона и апеллирует к какому-то несуществующему допотопному анализу.

Так получилось, что ни один из наших пунктов на карте не лежит на одной из основных (а может быть, действительно основной) магистралей — эволюции концепции переноса-контрпереноса. Как в течение жизни Фрейда менялось его представление о переносе, так потом изменились представления о контрпереносе — “Золушке психоанализа”, как прекрасно выразился Хорст Кехеле. Точку зрения Мастерсона о контрпереносе как о том, что мешает и должно всегда скрываться, сегодня мало кто разделяет. Жаль, что на конференции не был представлен новый, стремительно меняющийся психоанализ, к примеру, американский “relational” подход, и не только он. Так, некоторые современные психоаналитики считают, что представление о переносе и контрпереносе как искажении реальности является механизмом защиты психотерапевта от его собственных чувств, и ничего кроме реальных отношений вообще не существует. В том смысле, что отношения в психоаналитическом кабинете ничуть не менее, а иногда даже более реальны, чем любые другие, а перенос является универсальным свойством человеческой психики.

Другой важный аспект “эволюции” проявляется в разделе данного тома довольно четко — расширение круга аналитических пациентов, смещение акцента на работу с пограничной личностной организацией или пограничными личностными расстройствами (borderline patients). Этот термин не совпадает с принятыми в отечественной психиатрии “пограничными расстройствами” и является самостоятельной диагностической категорией, обычно обозначающей расстройства более тяжелые, чем невротические, и более легкие, чем психотические. Важно отметить, что диагностические подходы, с которыми вы встретитесь в этих статьях, и, соответственно, понимание особенностей протекания терапии с теми или иными пациентами не являются единственными существующими сегодня в психоанализе или общепринятыми.

Суммируя сказанное, хочу выразить надежду, что любой читатель — психоаналитик, ярый противник психоанализа или просто

любопытный человек — найдет в этом разделе что-то интересное для себя. И еще более приятную для меня надежду, что, возможно, после беглого знакомства с некоторыми аспектами современного психоанализа вам захочется узнать о нем больше и познакомиться с другими книгами. Сегодня такая возможность у вас есть — литература по психоанализу наконец-то стала издаваться на русском языке. Но даже если вы и не прочтете других книг, надеюсь, что, по крайней мере, не будете верить очередному некрологу на смерть психоанализа.

**Мария Тимофеева**



# ОСЕНЬ ПАТРИАРХОВ

---

Часть 1. Психоаналитически  
ориентированная терапия



## Бруно Беттельхейм ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СРЕДА

*Бруно Беттельхейм последнее время живет в городке Портола Вэлли (Калифорния), много преподает в Стэнфордском университете и продолжает свои исследования по применению психоанализа в воспитании детей, образовании и социальной сфере. Он профессор педагогики, психологии и психиатрии Чикагского университета.*

*Деятельность Б. Беттельхейма как одного из всемирно известных психоаналитиков продолжается более четырех десятилетий. Почти тридцать лет он работал директором Ортогенической школы при Чикагском университете. Эта школа является университетским стационарным лечебным центром для детей с тяжелыми нарушениями эмоциональной сферы.*

*Б. Беттельхейм является автором полутора десятков книг, в нескольких из которых он описывает свою деятельность в Ортогенической школе. Он постоянно сотрудничает с профессиональными изданиями и пишет статьи для "Нью-Йоркера", "Сайнтифик Америка", "Комментариев" и "Журнала для родителей".*

*Родился в 1903 году в Вене (Австрия), получил степень доктора психологии и философии в Венском университете. В 1939 году переехал на жительство в США.*

*В этой статье живо и тонко описываются основы его сосредоточенного на нуждах ребенка подхода к стационарному лечению детей с тяжелыми нарушениями эмоциональной сферы. Терапевтическое окружение ребенка создается в соответствии с задачами психоаналитического лечения — сохранения автономии личности и развития ее скрытых возможностей.*

История лечебниц для душевнобольных, как и история сиротских приютов, насчитывает уже несколько веков. Тем не менее, идея необходимости и огромной пользы создания для детей с пси-

хическими расстройствами особого терапевтического окружения, рассчитанного на удовлетворение их особых нужд, относительно нова. В прошлом дети, которые в силу различных причин не могли находиться в обществе, помещались в лечебные заведения для взрослых. Эти лечебницы были совершенно не приспособлены для нужд детей.

Энн Салливан, которая заслужила всемирную славу “сотворившей чудо” тем, что вернула в реальный мир Хелен Келлер, в детстве сама была помещена в такую ужасную лечебницу. И несмотря на то, что она была всего лишь ребенком, Энн смело выступила в собственную защиту. Ей удалось спасти себя от забвения, обратившись к группе Массачусеттских законодателей, которым случилось посетить жалкую лечебницу, в которой она находилась; для ребенка расти в столь неподходящей среде значило быть заживо погребенной. Ее мужество положило начало новой эре в лечении; правда, в ту пору — только детей, лишенных зрения и слуха, но пока еще не детей с психическими расстройствами. Прошла еще добрая часть нашего столетия, и лишь тогда, на другом континенте, появились первые разработки, позволившие, наконец, и этим детям получить помощь.

Когда Энн Салливан попросили помочь Хелен Келлер, которая была не только слепой и немой, но и во всем остальном вела себя как дикий аутичный ребенок, она поняла, что, пока Хелен продолжает жить со своей семьей, лечить ее невозможно. Поэтому Салливан создала специальную среду, или, если хотите, терапевтическое окружение для своей питомицы. Она поселилась вдвоем с маленькой Хелен Келлер, день за днем окружая ее всесторонней заботой и уходом. Как вам известно, замысел Энн Салливан о лечении с помощью специального окружения увенчался успехом. Создав целительную во всех отношениях среду, она добилась того, что полностью закрытый для общения ребенок начал с ней общаться. И это стало фактом мирового значения. Но, несмотря на успех этого случая, которым восхищался весь мир, этот единственный, уникальный в своей успешности эксперимент не получил дальнейшего развития. Его уроки не были изучены и обобщены.

Чтобы продолжить наш рассказ, придется вернуться в Вену времен Фрейда. Там примерно четверть века спустя после создания психоанализа несколько молодых учеников Фрейда, и в первую очередь его дочь Анна, вместе с Зигфридом Бернфельдом, Августом Эйхорном и другими, попытались ввести новые психоанали-

тические идеи и методы в сферу лечения и образования детей. В частности, Бернфельд, в своем, к сожалению, так мало просуществовавшем, *Kinderheim Baumgarten* в окрестностях Вены, попробовал создать стационарный центр для сирот первой мировой войны — место, где им пытались помочь преодолеть последствия травмирующего опыта жизни во время войны. Там, вместе с несколькими сотрудниками, он пытался с учетом психоаналитических взглядов применить на практике совершенно новые понятия о жизни, способной излечивать эмоциональные расстройства. К сожалению, этот эксперимент продолжался едва ли с полгода. Идея показалась слишком радикальной даже для самых прогрессивных и реформаторских кругов социалистического муниципалитета Вены.

Тем не менее, этот непродолжительный эксперимент научил многому. В числе прочего, в свет вышли несколько новаторских книг, оказавших огромное влияние на наше отношение к психоаналитически-ориентированному образованию и лечению детей. Это были “Сизиф, или ограничения образования” Зигфрида Бернфельда (1973), “Своенравная молодость” Августа Эйххорна (1983), “Введение в метод детского психоанализа” Анны Фрейд (1975) и “Психоанализ для педагогов”.

Если в Вене идея создания психоаналитического стационарного лечебного заведения так и не была осуществлена, то в Лондоне во время второй мировой войны это до некоторой степени удалось Анне Фрейд в ее приюте для сирот войны в Хемпстеде. Тем не менее, именно эксперимент, произведенный за несколько лет до этого в Вене, помог со временем прийти к мысли, что реабилитация детей с особенно тяжелыми эмоциональными нарушениями возможна лишь в заведении, где *все окружение целиком* является терапевтическим.

Эта идея возникла по инициативе Анны Фрейд. В начале 1930-х одна американка, мать немой аутичной девочки, обойдя всю Америку и большую часть Европы в поисках специалиста, который бы взялся за лечение такого ребенка, пришла сначала к Зигмунду Фрейд, а затем — к Анне Фрейд. Все предыдущие специалисты в один голос объявляли случай безнадежным. Разумеется, тогда девочку не называли аутичной, поскольку в то время такое нарушение не имело названия и не было описано или изучено. Лишь двенадцать лет спустя Лео Каннер (1943) опубликовал свою первую статью о нарушении эмоционального контакта, названного им *детский аутизм*.

Анна Фрейд сразу же поняла, что одним психоанализом этому ребенку не помочь. Тогда она предложила на год поместить девочку в особую среду, где могли бы удовлетворяться все ее ежедневные потребности, и которая соответствовала бы психоаналитическим лечебным и воспитательным критериям. Все это, в сочетании с ежедневными сеансами детского психоанализа, могло дать надежду на помощь ребенку. В каком-то смысле, Анна Фрейд предложила то же, что в свое время Энн Салливан осуществила для Хелен Келлер. Правда, в то время ни Анна Фрейд, ни кто-то другой из занимавшихся этим случаем в Вене не знали, как действовала Энн Салливан.

Мы с женой решили посвятить себя такому эксперименту. Девочку мы поселили в своем доме, целиком приспособив его для нужд этого ребенка — как мы их понимали. Успех эксперимента превзошел наши ожидания. Через полтора года девочка начала общаться и говорить, хотя и оставалась еще несколько лет очень беспокойной. Прожив в таком окружении три года, она смогла начать учиться по обычной программе. Медленно, но верно она продвигалась вперед. К несчастью, эксперимент пришлось прервать преждевременно из-за вторжения Гитлера в Австрию. Девочка смогла бы достичь полного выздоровления, если бы была возможность продолжить ее лечение, сопровождаемое хорошим руководством в пору ее взросления. Тем не менее, у девочки проявились серьезные художественные способности, кульминацией которых были выставки ее работ в Нью-Йорке, куда она вернулась после аннексии Австрии. С тех пор и до настоящего времени она живет вполне удовлетворительной, хотя и не полностью самостоятельной жизнью.

Вскоре после репатриации этой девочки в США меня более года продержали в заключении в немецком концлагере. Пережитое мной, которое я описывал в некоторых своих работах, еще больше, чем пребывание в нашем доме этого ребенка, убедило меня, насколько же сильно может изменить личность та среда, в которую целиком помещен человек: та, что мы создавали у нас дома для девочки — в лучшую сторону, а та, что была создана нацистами в концлагерях — в худшую. Создание специально разработанной среды, помогающей излечению детей с серьезными расстройствами, то есть позитивной перестройке структуры их личности, позволяет добиться того, что раньше даже лучшими специалистами считалось невозможным.

Точно так же и среда, созданная для разрушения изначально здоровой личности, успешно достигает этой дьявольской цели.

В 1944 году, через пять лет после того, как мне посчастливилось снова начать преподавание в Чикагском университете, меня попросили заняться выработкой новой концепции и реорганизацией работы университетской Ортогенической школы, с тем чтобы она могла служить интересам тех детей, психика которых имела столь сильные расстройства, что все предыдущие терапевтические попытки оканчивались неудачами и таких детей объявляли неизлечимыми. Мне доверили это дело потому, что у меня уже был описанный выше венский опыт реабилитации аутичного ребенка. К тому времени детский аутизм уже был описан и классифицирован. Задача была не из легких, так как обустройство заведения на 30 детей, каким была Школа в то время, а тем более на 40—50, каким она вскоре стала, было совершенно иным проектом, чем переоборудование относительно вместительного частного жилого дома для реабилитации одного или двух детей-шизофреников. И все же я старался сделать все, что мог, используя при этом свой личный опыт того, какое терапевтическое окружение способно помочь реабилитации детей, страдающих, как я теперь уже знал, детским аутизмом.

Из моего опыта общения с той девочкой я знал, из чего должно состоять такое окружение, какими качествами характеризоваться, на каких идеях основываться — и от чего оно должно быть абсолютно свободно. Особенно в отношении последнего мне пригодились уроки, полученные в немецком концентрационном лагере, где я мог и наблюдать со стороны, и убеждаться на собственном опыте, какие факторы окружения более всего разрушительны для личности и ведут к ее распаду. Тесное продолжительное общение с аутичной девочкой мне также помогло разобраться во всем. Благодаря этому общению я начал понимать, что же было тем разрушительным началом в ее жизни, которое не давало ее личности развиваться, пока она не поселилась на несколько лет с нами. Оглядываясь назад, я был потрясен схожестью ранних деструктивных переживаний этой девочки, приведших ее к аутизму, с тем, что разрушает личность узников в концентрационных лагерях.

Когда я превращал Ортогеническую школу в терапевтическую среду, я воспользовался и тем, чему я научился (прежде всего у Славсона) в отношении групповой работы, и полезным опытом Саутхардской школы фонда Меннингера и некоторых других заведе-

ний, работающих в сходных направлениях. Правда, прежде никто не пытался сделать то, что было моей целью — создать абсолютное терапевтическое окружение. Напротив, в тех немногих заведениях, где пытались при лечении детей применять психоанализ, основной упор в самом лечении делался на нескольких часах психоанализа, все же остальное время детей, по выражению Фрица Редля (1966), держали как бы “в холодильной камере”. То есть специалисты старались прежде всего не допустить усиления болезненных проявлений, даже не пытались посвятить остальное время тому, чтобы прийти к терапевтическому завершению работы.

Психотерапевты давно знают, что пациенты с серьезными нарушениями личности для выздоровления нуждаются в целостной терапевтической среде, да и сами пациенты хорошо осознают необходимость этого. Так, Анна Фрейд (1954) приводит обращенные к ней слова юной девушки, страдающей шизофренией:

“Вы проводите мой анализ совершенно неправильно. Я знаю, что нужно было бы со мной делать: Вам надо проводить со мной весь день, потому что, когда я здесь с Вами, я совсем другая, чем в школе или дома с моей приемной семьей. Разве Вы можете как следует узнать меня, если не видите меня во всех этих местах? Я — это не один человек, а целых три”.

Девушка также могла бы сказать: “Как можно лечить меня лишь один час в день, во время сеанса в психоаналитическом кабинете, если я вся составлена из очень многих частей?” Анна Фрейд, приверженная классическому методу детского психоанализа, не обратила внимания на мнение своей пациентки. Мне же из личного опыта известно, что только при таком подходе к лечению детской шизофрении, какой предлагала эта девушка, можно надеяться на успех.

Я был не единственным, кто пробовал создать целостное терапевтическое окружение для лечения серьезных психических расстройств у детей с аутизмом. Редль, мой близкий друг и частый гость моего венского дома, был знаком с нашими попытками устройства такой терапевтической среды в нашем доме. Эмигрировав в США, он пытался проделать то же, по крайней мере в течение нескольких летних месяцев, в “Свежем воздухе” — лагере для несовершеннолетних преступников, организованном им при Мичиганском университете.



Как только я начал работать в Ортогенической школе, Редль живо заинтересовался моими делами, помогая мне поддержкой и советом. Возможно, именно благодаря наблюдению за развитием Ортогенической школы, а также его наработкам в “Свежем воздухе” он решил организовать в Детройте Дом первопроходца. Там он, среди прочего, применил на практике принцип, что терапевтическое вмешательство эффективнее в реальной жизни пациента, “здесь и теперь”, чем в безопасной и закрытой обстановке терапевтических сеансов. Часть этого опыта, развитая им в Доме первопроходца, а нами — в Ортогенической школе, описана им в его концепции интервьюирования в ходе жизни пациента (life-space interview). Он писал (1966):

“Если психоаналитические лечебно-игровые интервью отделены от непосредственной жизни ребенка, то интервьюирование в ходе жизни всегда строится вокруг непосредственных жизненных переживаний его проблем; выявить эти проблемы — и есть цель интервью. Чаще всего такое интервью проводится человеком, которого ребенок воспринимает как часть естественного окружения или жизненного пространства и который, играя вполне ясную роль в жизни ребенка, имеет у него авторитет; такой человек сильно отличается от терапевтов, которые занимаются с ребенком “долговременным лечением”. Одно из самых серьезных преимуществ интервьюирования в ходе жизни — это возможность гибко строить его график. А значит, можно отказаться от упований типа: “только бы этот ребенок вспомнил через несколько дней то, о чем его спрашивали сегодня”. И потом, если мы замечаем острую реакцию ребенка на какое-то событие, мы можем совершенно точно рассчитать, когда этот ребенок достаточно “остынет”, чтобы с ним можно было снова общаться — и начать такое общение именно в это заранее рассчитанное время”.

Редль, работая в основном с малолетними правонарушителями, большинство которых вполне доступно для общения, особо подчеркивал, насколько важно разговаривать с его пациентами “здесь и теперь”. Нам же, в нашей работе преимущественно с шизофрениками, — хотя поведение некоторых из них также бывало преступ-

ным, — а также с немymi или почти совсем не разговаривающими детьми приходилось применять множество других, невербальных методов терапевтического вмешательства, и не только метод интервьюирования в ходе жизни.

Наиболее важная особенность полного терапевтического окружения — то, что оно должно упрочить в пациенте желание жить — желание, которое в его прошлом опыте либо не сложилось вообще, либо было разрушено в раннем возрасте — чувство того, что другие люди считают его очень нужным и что они сделают все возможное, чтобы он чувствовал себя желанным и способным желать. Чтобы это стало возможным, необходимо уважать и принимать то, как ребенок общается с окружающим миром, каким бы необычным это ни казалось большинству людей. И ребенок должен знать, что делается все возможное для того, чтобы он мог почувствовать себя способным отвечать за условия и ход своей жизни.

Поскольку первые побуждения в жизни младенца — это стремление быть накормленным, чистым и иметь возможность спать когда хочется, то терапевтическое окружение прежде всего показывает ребенку, что в нем он может все это делать: есть когда, что и как захочет; спать и отдыхать, когда и сколько хочет; купаться в ванне не для того, чтобы соответствовать нашим стандартам чистоты, а лишь для собственного удовольствия. Как обеспечить ребенку возможность питаться тем и когда он хочет, спать, как он хочет — понятно; показательным, наверное, будет пример, касающийся купания.

Десятилетняя девочка не могла самостоятельно освобождать кишечник с двух с половиной лет. С этого возраста ей все время регулярно и часто делали клизму — чему она сначала отчаянно сопротивлялась, пока, через несколько лет, не стала относиться к причиняемому ей страданию совершенно пассивно, становясь все более пассивной и во всех прочих отношениях.

Когда она поступила в Ортогеническую школу, мы пообещали ей, что никаких клизм больше не будет, что только от нее будет зависеть, где и когда она будет опорожнять свой кишечник (что она будет это делать — мы все-таки надеялись, понимая, как неприятна для нее была такая долгая заикленность на ее стуле). Она проверяла наше обещание не мучить ее клизмами значительно дольше тех трех-четырех дней, которые прежде ей позволялось обходиться без стула. Первые две недели она почти совсем не реагировала на наши попытки ухаживать за ней и войти с ней в эмоциональ-

ный контакт. Но вскоре она стала подавать еле заметные легкие знаки того, что ей нравится подолгу нежиться в теплой ванне, если мы сидим рядом и пытаемся с ней играть разными купальными игрушками, в том числе и специально отобранными: брызгающими водой или выбрасывающими маленькие резиновые шарики.

Через две недели мы начали всерьез беспокоиться, выполним ли данное нами обещание насчет клизм, однако держались стойко. К счастью, наши игрушки, стимулирующие освобождение кишечника, возымели свое действие — девочка начала испражняться в воду, находясь в ванне. Представьте наше удовольствие и облегчение при виде ее “облегчения” в воду ванны. Мы были просто счастливы, что девочка взялась-таки за то, чтобы дать своему кишечнику нормально работать. До сих пор она отказывала ему в этом. Девочка отозвалась слабой улыбкой — первой улыбкой со времени младенчества — и мы воздали ей должное, выразив свое восхищение.

В течение нескольких следующих недель она испражнялась только в ванной, что неизменно сопровождалось нашими похвалами и выражениями радости от ее достижений; у нее это получалось все чаще и легче, пока, наконец, в один прекрасный день она, без всяких наших настояний, не решила отправиться в туалет. Тот процесс, который у этой девочки явно выражал ее стремление отвергнуть окружающий мир и упрямое нежелание возвращаться в него, теперь стал для нее возможностью поделиться — хотя бы своим калом — с окружающим миром и вступить во взаимодействие с другими людьми, значимыми для нее. Несколько месяцев потом она освобождала кишечник, только держась за руку своей любимой сиделки, которая должна была с ней нежно и ласково разговаривать, пока та сидела в туалете. Потом однажды девочка решила сама спустить воду, что прежде можно было делать, лишь когда она уходила из туалета. С тех пор она уже всегда отправлялась в туалет самостоятельно, как только чувствовала к этому позы, и ей больше уже не нужна была специальная помощь, чтобы это делать.

По-видимому, принятие пищи как сознательный акт носит еще более примитивный характер, чем акт дефекации, и как некий опыт усваивается ребенком значительно раньше, хотя в этом и нельзя быть абсолютно уверенным. Так или иначе, реабилитация некоторых детей с тяжелыми случаями анорексии начиналась тогда, когда мы позволяли им есть когда, что и как они хотели. Одна

девочка все время защищалась от любых внешних воздействий, закрывая руками уши. Это мешало ей есть. Контакт с ней начал появляться, когда воспитательница предложила закрывать ее уши своими руками, а девочка смогла пользоваться руками для того, чтобы класть еду себе в рот. А поскольку все это выглядело как игра, то девочка вскоре начала получать от еды удовольствие.

Другой ребенок — мальчик — постепенно вернулся в мир реальной жизни и чувств, после того как его воспитательница, подметив его действия, стала позволять ему есть из ее рук, куда он сначала клал еду. Он, как младенец, которого кормят грудью, должен был вернуться к заменителю материнского тела, чтобы обрести способность радоваться пище, постепенно входя в мир и становясь его драгоценной частицей.

Я все время говорю о целостном терапевтическом окружении, но то, что мы делали, начиная работу в Ортогенической школе, тогда еще не имело своего названия. Когда я впервые решил написать об этом, мне пришлось найти термин, так же, как мне приходилось делать это несколько лет назад в первой статье о разрушающих психику воздействиях концентрационных лагерей. Тогда я ввел термин *экстремальная ситуация*, ставший с тех пор привычным понятием в психологии. В противоположность этому, мне показалось уместным назвать новое понятие ситуацией экстремального принятия или предельно доброжелательным окружением. Но, поскольку целью наших усилий была терапия, я остановился на термине *терапевтическая среда*, имея в виду ситуацию, в которой все служит терапевтическим целям.

Этим названием я попытался выразить самое главное: все, даже самые незначительные аспекты окружения, должны служить терапевтическим целям, и каждую сторону жизни пациента необходимо спланировать и организовать так, чтобы это помогало постепенной и им самим определяемой интеграции его личности. Это означает, что, как только пациент поступает в лечебное заведение, ему всеми силами стремятся показать, что вся обстановка вокруг специально создана для него и что его ни в коем случае не заставят подчинять свою жизнь удобству клиники или предписаниям персонала. Все вокруг пациента должно помогать ему в восстановлении его личности, причем так, как это видит сам пациент. Это начинается с самого поступления в клинику и должно продолжаться каждое утро, когда пациент, просыпаясь, встречает новый день;

здесь важно все: как пациент оденется или как ему помогут одеться; как он будет есть то, что хочет; как с ним будут играть; как он будет учиться на школьных уроках; когда — по *его*, а не по нашему мнению, — придет пора закончить эти занятия; когда и как он будет купаться; как его уложат спать вечером, обеспечив ему чувство безопасности в течение всей ночи. Все это необходимо тщательно продумать и организовать так, чтобы это стимулировало терапевтический прогресс, — прогресс, часто состоящий во временном регрессе пациента, и регресс, который также можно рассматривать как необходимый прогресс в нахождении пациентом самого себя.

Когда мы впервые ощутили готовность представить нашу работу специалистам, мы понимали, как сложно донести до других то, что мы пытаемся делать. В конце концов мы решили, что это можно сделать, лишь показав, как именно мы можем служить детям так, чтобы они чувствовали себя хорошо все время: с самого утра и порой до глубокой ночи (когда они долго не могут спокойно заснуть), в случае необходимости оставаясь с ними ночи напролет.

Такой способ рассказа о нашей работе оказался успешным, и поэтому я использовал его и в моем первом описании работы Ортогенической школы в книге *“Любовь — это еще не все”* (1950). В этой книге я высказал мысль, что, ставя задачу реабилитации детей с серьезными нарушениями психики, которые не удалось устранить с помощью детского психоанализа или стационарного психиатрического и психотерапевтического лечения, мы должны понимать, что, несомненно, важна любовь к этим детям, но столь же необходимо тщательное планирование и всестороннее осмысление ситуации с психоаналитических позиций.

Сидя с этими детьми ночи напролет, пока они теребят в своих ручонках любимых игрушечных зверей, защищая их, вы гораздо лучше, чем с помощью правильных фраз, поможете им восстановить пошатнувшееся доверие к миру. Для большинства из них сражение с болезнью можно считать выигранным, как только они начинают реагировать на ваши слова. Поэтому нам чаще приходилось добиваться их реакции скорее действиями, чем словами. То, как взрослый держит ребенка или как подает ему бутылочку с едой, может скорее дать ребенку знакомое ему прежде чувство безопасности и комфорта, чем те слова, которые при этом говорят.

Так же, как здоровый ребенок реагирует на перемены в лице матери, эти ушедшие в себя дети реагируют прежде всего на то,

какими они представляют себе нас, наблюдая за нашими лицами и делая из этого заключение о наших намерениях. Этим впечатлениям они доверяют гораздо больше, чем нашим словам. Бейтсон (1956) писал о необычайно разрушительном действии на детей двусмысленных высказываний, из-за которых дети перестают верить всему, что им говорят. Такой неудачный опыт речевого общения заставляет их делать вывод, что они не могут доверять тому, что говорят люди. Они гораздо больше доверяют нашим действиям, особенно если могут наблюдать за ними в свободной, спокойной обстановке. К тому, что взрослые говорят, у них сложилось сильное недоверие, и поэтому неречевые сообщения воспринимаются ими намного охотнее и имеют для них больше смысла. Такие дети верят лишь тому, что видят, и уже из этого делают выводы о том, что это значит. Вот почему в их жизни невербальное общение так важно для того, чтобы научить их доверять, чтобы восстановить в этих детях то базовое доверие, которое, как считал Эрик Эриксон (1959), должно составлять основу счастливой жизни; именно это доверие нам надо дать почувствовать тем, кто никогда раньше не испытывал ничего подобного.

Крайне разрушительны для ребенка двойные послания, особенно от тех, кто имеет большое значение в его жизни — прежде всего от родителей; поэтому эффективность терапевтического окружения будет потеряна, если участвующие в нем люди неискренни и непоследовательны. Другие авторы уже указывали, насколько вредносна для пациентов психиатрических клиник атмосфера явного или скрытого несогласия между сотрудниками; для некоторых пациентов это может явиться поводом к самоубийству или вовлечению в насильственные действия, причем до такой степени, что само лечебное заведение может пойти ко дну, как это описано в книге Стотланда и Коблера *“Жизнь и смерть психиатрической больницы”*.

Поэтому истинное согласие между сотрудниками, основанное на глубокой преданности делу каждого члена коллектива, крайне важно для создания целостного терапевтического окружения. Единодушие во всех главных и, насколько возможно, во второстепенных аспектах должно стать основным принципом для всех людей, работающих в этом учреждении. Очень важно, что дети часто будут испытывать это единодушие на прочность, чтобы быть в нем уверенными.

Такое согласие может возникнуть лишь на основе общей философии — а именно психоаналитического подхода к пониманию

человека, происхождения и природы функциональных нарушений, развития ребенка, единого понимания роли бессознательного, важности удовлетворения потребностей, всех других многочисленных аспектов ежедневной жизни. Чтобы все эти теоретические представления могли реализовываться на практике во всех, даже самых сложных обстоятельствах, они должны стать частью образа жизни всех тех, кто работает в таком учреждении.

И это касается не только специалистов, работающих с детьми, но и всех других сотрудников: горничных, сторожей, администрации, короче, *каждого*, кто там работает. Если дети в клинике могут свободно ходить везде, где им хочется, то, очевидно, они могут и общаться со всеми ее сотрудниками. Если же им этого не позволять, они всегда будут бояться, что где-то от них скрыт страшный секрет и, значит, не смогут доверять этому учреждению и тому, что в нем происходит.

Если служащие клиники будут стараться не допускать детей в свои кабинеты и комнаты, те ни за что не поверят, что они действительно желанны и что им действительно можно осваивать любые закоулки клиники. И если мы не хотим пускать детей везде без исключения — будь то кабинеты администрации, комнаты сиделок, кухонные кладовые или сторожки вахтеров — они не поверят в искренность нашего желания помочь им проникнуть в гораздо более затаенные и непонятные уголки их бессознательного. И если сиделки, поправляющие детские постели и убирающие их комнаты, не будут обращаться с любимыми или даже не самыми любимыми игрушками детей с той же бережностью и нежностью, с какой это, возможно, делаем мы — дети не почувствуют себя в клинике по-настоящему желанными. Если горничные и кухарки, приносящие еду, протестуют, когда дети начинают переводить ее понапрасну, устраивая повсюду беспорядок, дети не смогут почувствовать, что их принимают любыми и всегда.

Однако — и это очевидно — не стоит рассчитывать, что повара, машинистки, горничные и сторожа окажутся хорошо образованными психоаналитиками, которые смогут психоаналитически объяснять поведение детей и важность для реабилитации этих детей поступать так, как они хотят. Поэтому формирование штата сотрудников, являясь частью увлекательного процесса создания целостной терапевтической среды, должно происходить на какой-то другой основе, чем психоаналитическое объяснение бессознательной мотивации. И это возможно, хотя и непросто.

Достичь этого можно только с помощью ежедневных формальных и, что даже важнее, неформальных обсуждений самых разных точек зрения сотрудников с разным уровнем понимания происходящего. В Ортогенической школе мы поняли, что такие обсуждения должны быть не только ежедневными, но, по возможности, проводиться несколько раз в течение дня. Когда согласие достигнуто, долгих дискуссий уже не надо, хватает нескольких слов, но это лишь после достижения согласия в главном. И тогда пациенту уже не приходится чувствовать и вести себя по-разному в разных ситуациях и с разными сотрудниками заведения. А значит, удастся избежать расщепления личности, похожего на то, что было у пациента, описанного Анной Фрейд. И если терапия, состоящая лишь из отдельных терапевтических сеансов, часто расщепляет личность на множество нестыкующихся кусочков (особенно вероятно это у пациентов, уже страдающих расщеплением личности), то целостное терапевтическое окружение исцеляет это расщепление.

Если дети в подобной терапевтической среде должны чувствовать, что все вокруг действительно создано для них и принадлежит им, то они должны иметь право голоса в отношении всего, что происходит в клинике, — и такое же право голоса должно быть у каждого сотрудника. Вильям Гибсон в своем романе *“Паутина”* (1979), основанном на его реальном опыте работы в Меннингерском госпитале, очень живо описал беспорядки, возникшие в психиатрической клинике после того, как кто-то из сотрудников решил заменить занавески на окнах. И новые занавески вовсе не были плохими, нет, просто у других сотрудников и у пациентов не было права голоса в этом выборе, и они стали протестовать против того, что с ними не считаются. А значит, все, будь то меню на день, посуда для еды, выбор и расстановка мебели, выбор занавесок и покрывал для кроватей, цвет стен, должно обсуждаться и выбираться всеми вместе: сотрудниками и пациентами. И это вовсе не так хлопотно, как может показаться. Я описал некоторые подробности такого процесса в моих работах (1974); на слайдах вы сможете увидеть, как гармонично могут выглядеть результаты этого совместного выбора.

Небольшой пример того, как это, в общих чертах, происходит: директор клиники или группа уполномоченных из сотрудников представляют детям и всем сотрудникам, скажем, пять образцов столовой посуды. Из них дети выбирают один, который им попра-



вился. Если им не удастся прийти к соглашению, им показывают пять других предметов и так далее, до тех пор, пока они не сойдутся на одном из них. Поскольку уполномоченные предусмотрительно показывает только те образцы, которые нравятся им самим, нет риска, что выбор детей не подойдет им. Возможно, именно для посуды потребуется чуть больше времени, чтобы договориться, поскольку она одинакова и для детей, и для сотрудников. Когда же речь идет об обстановке детских спален, то вопрос решить гораздо легче, потому что в его обсуждении участвуют не больше восьми детей и трех-четырех сотрудников. Здесь согласие по поводу занавесок, мебели и цвета стен достигается намного быстрее.

И нет нужды говорить, что с обстановкой, которую человек выбирает для себя сам, он и чувствует себя уютнее, и обращается бережнее. Один только пример: до того, как дети и взрослые стали выбирать посуду самостоятельно, даже самая прочная посуда постоянно билась; после же того, как дети и взрослые самостоятельно выбрали очень красивый и дорогой столовый фарфор, количество разбитой посуды стало минимальным. И то же самое происходило со всем другими вещами в клинике.

Но все-таки как говорится, “лучше один раз увидеть, чем сто раз услышать”, поэтому посмотрите, как выглядит на слайдах один из примеров целостной терапевтической среды, созданной специально для детей; вся обстановка как бы молчаливо хочет сказать детям то, что только они сами способны понять, потому что никто не диктует им, как все это оценивать. Вот и я не стану говорить вам, как это оценивать; пусть у вас сформируется собственное суждение о том, соответствует ли увиденное тому, о чем я пытался вам рассказать, говоря о сути терапевтического окружения.

## ЛИТЕРАТУРА

- Aichhorn, A. (1983). *Wayward youth*. Evanston, IL: Northwestern University Press.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1.
- Bernfeld, S. (1973). *Sisyphus, or the limits of education*. Berkeley: University of California Press.
- Bettelheim, B. (1950). *Love is not enough*. New York: Free Press-Macmillan.
- Bettelheim, B. (1974). *A home for the heart*. New York: Alfred A. Knopf.
- Erikson, E. (1959). *Identity and the life cycle*. New York: International Universities Press.

Freud, A. (1954). The widening scope of indications for psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2.

Freud, A. (1975). *Introduction to the technic of child analysis*. Salem, N.H.: Ayer Company Publications.

Gibson, W. (1979). *The Cobweb*. New York: Atheneum.

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *The Nervous Child*, 2.

Redl, F. (1966). *When we deal with children*. New York: Free Press-Macmillan.

## *Обсуждение с Р. Д. Лэйнгом*

Мне всегда очень грустно, когда я думаю о том, что усилия доктора Беттельхейма нашли так мало поддержки и последователей. Я думаю, что все написанное им о целостной терапевтической среде, о тех качествах, которые должны быть ей присущи или, наоборот, исключены — все это абсолютно справедливо не только в отношении терапевтической среды для аутичных детей, но и в отношении целостной терапевтической среды для всего человечества.

У меня есть лишь небольшие замечания относительно того, как доктор Беттельхейм облекает в слова свои невербальные сообщения (надеюсь, это не умалит уважения, испытываемого нами к Зигмунду Фрейд и его дочери, Анне Фрейд, и их значения в наших глазах). Мне показалось, что отдельные фразы в докладе получили несколько комическое звучание, например, когда говорилось о том, что “согласие может возникнуть лишь на основе общей философии — а именно психоаналитического подхода к пониманию человека, происхождения и природы функциональных нарушений”. Конечно же, для имеющейся у нас вечной философии, утверждающей ценность общности и сострадания — как бы ее ни называли на разных языках и в разных культурных традициях — психоанализ со всем лучшим, что в нем есть, является лишь производным дополнением.

Еще замечание — о постановке на первое место сообщения о базовом доверии. Ребенок слышит, что мы говорим, и видит, что мы делаем — и при этом то и другое не обязательно совпадает. Когда мы говорим ребенку: “Если ты любишь, как я тебя люблю — верь мне”, — мы совершаем над ребенком огромное насилие, особенно, если действительно любим его. Я никогда не прошу ребенка поверить мне — никогда не прошу, если люблю его и хочу, чтобы он мне доверял. Просьба любить меня — это просьба видеть и принимать меня таким, какой я есть, каким я надеюсь быть с тобой — и не потому, что ты любишь меня, веришь мне или полагаешься на меня. Как сказал Вильям Блейк: “Дитя, рожденное из радости и веселья, уходит в жизнь — и ничто на свете не поможет ему”.

Мы не можем рассчитывать, что нас будут любить. И нам не следует попадаться в опаснейшую, как мне кажется, ловушку — просить детей верить нам, особенно если они нас любят. И тем более, если мы любим их.

Однако все это — не более чем небольшие частные нюансы, единичные примеры двойных сообщений; по словам доктора Беттельхейма, “фотографии рассказывают, говорят в тысячу крат громче, чем слова, а поступки говорят в тысячу крат больше, чем фотографии”. Так что я мог бы сказать, что если есть среди нас на этой конференции и среди нашего поколения человек, заслуживающий Нобелевской премии в данной области, так это доктор Беттельхейм.

## Вопросы и ответы

**Беттельхейм:** К счастью, у нас еще осталось время для вопросов, если они у вас есть, и мне, конечно же, очень интересно, какими ваши вопросы могут быть. Не буду отнимать отведенное на них время, но воспользуюсь моментом, чтобы поблагодарить д-ра Лэйнга за его любезные замечания. Прежде всего, я благодарен ему за очень важные поправки. Согласия можно достичь на многих уровнях; и, конечно же, психоанализ — совсем не единственный путь его достижения. Что я имел в виду — и я рад, что замечания д-ра Лэйнга дают мне возможность уточнить свои слова — так это то, что я организовал лечебное учреждение, которое основано на психоаналитическом способе мышления, а значит, согласие его сотрудников тоже должно основываться на этом базисе. Конечно же, есть и многие другие основы для единодушия. И, как вы знаете, вечные законы многих религий, их требования помощи другим людям основаны на согласии, которого верующие достигли благодаря их общей религии. Единственное мое замечание — что на почве религиозного единодушия слишком уж много людей было сожжено, как дрова. Но к согласию можно прийти разными путями — это правда. И не только для психоаналитиков. Что касается всего остального, то вы слышали, что сказал доктор Лэйнг, и я очень рад его замечаниям. Правда, он слишком уж преувеличил мою значимость в своих последних словах. Благодарю вас.

**Вопрос:** Д-р Беттельхейм, я потрясен пониманием, заботой и уважением, которые Вы проявляете к Вашим подопечным детям. Мне интересно, однако, кроме ухода и заботы по отношению к детям, нет ли необходимости в установлении определенных границ

для поведения и не будут ли такие ограничения восприниматься детьми именно как знак заботы и постоянства?

**Беттельхейм:** Когда я был ребенком, я ненавидел любые ограничения. Возможно, Вы ощущали это в детстве по-другому, но мне никогда не встречался ребенок, у которого не было бы ненависти к тому, что его пытаются ограничивать. Более того, у кого есть право меня ограничивать? Мы противимся, когда на нас пытаются давить. И дети, и психически больные. Единственные ограничения, которые мы признаем, это те, что мы на себя налагаем сами. И я определенно надеюсь, что при правильном лечении и правильном обращении, дети, скорее всего, сами дорастут до того, чтобы ограничивать себя самим. Я не думаю, что у Вас есть право налагать любые ограничения на кого бы то ни было. Слава Богу, я и не умею этого делать.

**Вопрос:** Д-р Беттельхейм, назовите, пожалуйста те критерии, по которым Вы отбираете персонал для ухода за детьми.

**Беттельхейм:** Мне эти люди должны понравиться, иначе у нас вряд ли получится успешно работать вместе. Им нужно быть добрыми — или, по крайней мере, хотеть стать такими. Им нужно быть разумными. Им нужно быть гибкими. И у них должно быть сильное желание самоотверженно служить другим, не завися от своих взглядов на мир, какими бы они ни были. Я ответил на Ваш вопрос?

**Вопрос:** Да, сэр. Не могли бы Вы также рассказать, каким образом Вы приглашаете людей к Вам на работу?

**Беттельхейм:** У нас всегда раз в двадцать больше соискателей, чем вакансий. Приведу такой пример: в одной из моих лекций на этой конференции Вы видели фильм о д-ре Саре Вилен, занимающейся сейчас частной практикой. Она была музыкальным работником, а пришла наниматься в контору в качестве машинистки. Я немного поговорил с Сарой и сказал: “Вы ведь не хотите работать машинисткой”. “Да, — ответила она, — я просто хотела бы работать именно здесь, но не думаю, что справлюсь с работой с детьми”. Я сказал: “Это убеждает меня в том, что Вы просто замечательно справитесь с работой именно с детьми”. И эта женщина стала одной из лучших моих сотрудниц.

**Вопрос:** Д-р Беттельхейм, мне посчастливилось работать в лечебном учреждении, очень похожем на то, что Вы сейчас описывали. Сейчас я живу в Майами и уже пять лет работаю в одной и той же психиатрической клинике. За это время клиника трижды продавалась и перепродавалась. Сейчас наш хозяин — что-то вроде одной из фирм “Фаст фуд”. И я вижу, в частности, что соотношение количества наших сотрудников и числа пациентов изменилось от 4:1 до 2:1. Мне интересно, знаете ли Вы, каково у Вас соотношение между общим количеством работающих в вашей клинике сотрудников и числом пациентов. И еще хотел бы спросить, как по-вашему, не должны ли такие заведения быть изъяты из сферы частного предпринимательства?

**Беттельхейм:** Когда мне нужна хирургическая операция, я не думаю о цене. Я хочу, чтобы операцию мне сделали как можно лучше, я стремлюсь к этому. Мне стало понятно, что и большинство других людей, всерьез озаботившись и обеспокоившись чем-то действительно важным, не стоят за ценой — разумеется, если они могут себе это позволить. Их волнует лишь то, чтобы получить самое лучшее из возможного.

**Вопрос:** В нашей клинике лечение стоит более 10 000 \$ в месяц. Редко кто может позволить себе лечиться у нас дольше, чем один месяц. Большинство же вообще не может себе этого позволить. Это должно покрываться страховкой.

**Беттельхейм:** Да, и в этом корень зла, потому что уже страховка, а не действительные потребности пациента определяют, как долго он будет лечиться. Это ужасно, и со мной все это было, когда меня финансировала “Медикер” — правительственная программа медицинской помощи. Лечение зависит от средств, которые выделяют власти штата или федеральные органы. И оно уже никак не сочетается с нуждами пациентов. Что это за тип мышления, мне нет нужды вам объяснять.

Теперь отвечу про соотношение сотрудников и пациентов. В основном, у нас два специалиста на трех детей; кроме того, на каждых двух детей приходится еще три человека из обслуживающего персонала. Так что сотрудников у нас больше, чем детей.

**Вопрос:** Я работаю в психиатрическом стационарном реабилитационном центре, и наша программа состоит из трех подразделе-

ний: дома на полпути, то есть места, где пациенты находятся под присмотром, квартир для пациентов, живя в которых, они постоянно получают интенсивную поддержку, а также специальной поддерживающей программы. Сейчас лечение пациента заключается в том, что его постепенно переводят из одного подразделения в другое, по мере того, как его состояние улучшается, а необходимость надзора за ним становится все меньше. Но есть представление, что вместо того, чтобы переводить клиента, надо переводить сотрудников и постепенно уменьшать надзор при сохранении привычного окружения для клиента. Одно из отличий этих двух подходов — это отличие между процессом изменения клиента и процессом изменения персонала. Хотелось бы услышать, что Вы думаете по этому поводу.

**Беттельхейм:** Меня немного смущает это понятие надзора. У кого есть право надзирать за кем-либо еще? Мне гораздо больше нравится понятие служения. Я не считаю, что мы здесь для того, чтобы надзирать, я считаю, что мы здесь для служения. А из некоторых докладов на этой конференции можно заключить, что мы призваны быть профессиональными надзирателями. Я же всегда считал, что наша профессия — служение и помощь. Но из того, что я услышал, создается впечатление, что я жестоко заблуждался и что теперь часто встречается стремление считать себя такими правителями, командирами и надзирателями. Это не по мне. С меня больше чем достаточно надзора надо мной нацистов, это до конца жизни удовлетворило мою надзирательскую потребность. Так что я отношусь к этому очень чувствительно, понимаете ли. С другой стороны, если Вы убеждены в важности постоянных человеческих взаимоотношений и взаимной привязанности между людьми, то Вы уже знаете, кого и как следует переводить.

**Вопрос:** Д-р Беттельхейм, я работаю в долгосрочном стационаре для лечения маленьких детей и младших подростков с серьезными нарушениями психики, и там окружение считается главным моментом и основной надеждой терапии. Как Вы решаете проблему конфиденциальности между индивидуальным или групповым терапевтом и теми сотрудниками, которые непосредственно заняты уходом за детьми, то есть теми, кто находится на передней линии лечебного процесса и на ком сосредоточено наибольшее внимание?

**Беттельхейм:** Ну, а если мы на минуту представим, что сотрудники находятся на месте родителей — разумеется, очень хороших родителей — как Вы думаете, будут ли родители разговаривать друг с другом о том, что происходит с ребенком?

— Конечно, да.

— Прекрасно, тогда я не понимаю, в чем тут проблемы конфиденциальности. От кого мы заводим секреты?

— У нас в организации такие проблемы могут возникать среди подростков, например, когда некоторые психотерапевты считают, что для подростка очень важно и значимо иметь кого-то, кому можно излить душу в тайне от воспитателей, как это бывает в семье, где ребенок, если не может что-то сказать отцу или матери, доверится дяде или тете.

— Ну, я бы с большим подозрением отнесся к тетушке, дающей подобные обещания.

**Вопрос:** Скажите, пожалуйста, чем, в общих чертах, отличается работа с подростками от работы с маленькими детьми в терапевтической среде?

**Беттельхейм:** Ничем не отличается, если это дети в возрасте от 4 до 20 лет. Я ответил на Ваш вопрос? Какая может быть разница? Мы все хотим, чтобы о нас как следует заботились, все мы хотим развиваться личностно. Некоторые из наших обитателей — малыши, а некоторые — дети, достаточно развитые для своего возраста. Ведь так? Что хорошо для гуся, то хорошо и для гусыни.

**Вопрос:** Д-р Беттельхейм, я работаю в стационарной лечебной программе для взрослых в возрасте от 30 до 60 лет, все они в среднем живут в больницах от 15 до 20 лет. Все считаются неизлечимыми. Мы работаем восьмой месяц, и у нас получилось создать обстановку доброты и заботы, содействующую развитию доверия и симпатии. Разными путями мне удалось набрать сотрудников, откликающихся на мои попытки постоянно поддерживать такую обстановку. И здесь, на конференции, я все время жду, когда Вы скажете мне, где в Ваших или чьих-то еще работах можно было бы найти прямые и точные рекомендации, чтобы помочь моим сотрудникам понять и освоить те идеи, которые я пытаюсь выразить, к сожалению, не так успешно, как услышал это здесь. И я просто



покорен всем, что Вы сегодня сказали, потому что чувствую все это каждый день, который проживаю с моими пациентами.

**Беттельхейм:** Ну, прежде всего, скажу, что для создания такой клиники нужно долгое время. Дайте себе время, дайте время своим сотрудникам. Рим строился не за одну ночь, и клиника тоже не может возникнуть сразу. На это требуется время, для этого нужно учиться — учиться на чьем-то опыте, учиться на чьих-то ошибках. Мы все допускаем ошибки. Мы — несовершенны, и не надо от нас этого ждать. Совершенство нежизнеспособно. Людям свойственно ошибаться, но я также считаю, что людям свойственно учиться на ошибках других. Большинство людей учатся в процессе делания. И конечно же, учитесь на собственных ошибках. Это — самая важная форма обучения.

# Джеймс Ф. Мастерсон

## ЭВОЛЮЦИЯ МЕТОДА РАЗВИТИЯ ОБЪЕКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ В ПСИХОТЕРАПИИ

*Джеймс Мастерсон (доктор медицины, Jefferson Medical School, 1951) — руководитель Группы Мастерсона (профессиональная корпорация), специализируется на психологии отрочества и расстройствах характера взрослых. Помимо этого, он директор Института Мастерсона (ранее Фонд Характерологических Расстройств); ведет прием в нью-йоркской клинике Пэйни Уитни; адъюнкт-профессор клинической психиатрии в Медицинском колледже Корнеллского университета. Мастерсон — автор семи книг и редактор двух томов, посвященных главным образом психоаналитическому подходу к расстройствам характера и к проблемам подросткового возраста. Плодотворная работа в области личности с пограничным синдромом сделала его одним из наиболее влиятельных и знающих психиатров, практикующих современные психоаналитические методы.*

*Говоря о своих и личных, и профессиональных усилиях, Мастерсон позволяет нам увидеть развитие его подхода к расстройствам характера. Мы можем проследить как за ростом психоаналитических концепций, которые оказали на него влияние, так и за эволюцией его собственного подхода, который он столь отважно и проникновенно развивал.*

### Введение

Метод развития не означает “передачу знаний” и не возник сразу во всей полноте, подобно Афине из головы Зевса. Он появился из длительной, медленной, зачастую тяжелой и утомительной

профессиональной работы и из разрешения как личностных конфликтов, так и требований профессии.

Перспектива описания этой работы вызывает у меня беспокойство, которое связано с моим самовыражением. Это напоминает мне, как однажды утром я въехал в гараж при моем офисе и по ошибке прочел надпись: “Не подавайте *свой* гудок”. Я засмеялся, когда понял, что на самом деле было написано: “Не подавайте гудок”.

Я неверно прочитал надпись как упрек самому себе за некоторое искушение использовать эту возможность, скорее чтобы удовлетворить мою собственную инфантильную грандиозность, чем дать описание моей эволюции.

Обдумав это, я понял, что не настолько сконцентрирован на своей собственной грандиозности, скорее ошибка восприятия относится к давнему конфликту с моим отцом, который вел себя эксгибиционистски и негодовал на всякого человека, пытавшегося занять часть его территории. Я убеждал себя приложить усилия.

Эта зарисовка иллюстрирует один из способов, с помощью которых мы, будучи взрослыми, сохраняем дремлющие остатки ранней инфантильной грандиозности. Определенные жизненные ситуации могут оживить ее и извлечь из тайника. Однако осознание этой инфантильной идеи позволяет удерживать ее в некоторых границах с тем, чтобы не давать ей вторгаться в реальные задачи нынешнего дня.

Эволюция метода развития объектных отношений прошла три стадии, на каждой из которых был некий центр притяжения внимания, что затем выливалось в книгу. Первая, или психиатрическая, описательная стадия (возраст 30—42 года, 1956—1968 гг.) имела своим результатом книгу “Психиатрическая дилемма отрочества” (*Psychiatric Dilemma of Adolescence*, 1967, 1984). Вторая стадия, или стадия развития (возраст 42—48 лет, 1968—1974 гг.) привела к написанию книги “Терапия подростков с пограничной личностной организацией, метод развития” (*Treatment of the Borderline Adolescent, A Developmental Approach*, 1972, 1984). Третья стадия, или стадия теории объектных отношений развития (возраст 48—56 лет и далее, 1974 и далее) началась с “Психотерапии взрослых с пограничной личностной организацией” (*Psychotherapy of the Borderline Adult* (1976), за которой последовало несколько других книг на ту же тему (1980, 1982, 1983, 1985). Развитие шло от клинического психиатрического описательного подхода к пси-

хоаналитическому методу развития и к конечной их интеграции с теорией объектных отношений.

## **Первая стадия**

### ***Психиатрическая дилемма отрочества*** **(возраст 30—42 года, 1956—1968 гг.)**

Я искал тему проекта исследования, обязательного при прохождении резидентуры\*. При этом я начал замечать, что когда на врачебных совещаниях представляли случай подростка, то кто-нибудь неизбежно высказывался, что следует проявить осторожность с диагнозом, потому что “это может пройти с возрастом”. Я просматривал литературу в поисках подростков, у которых “это прошло с возрастом” и почти ничего не нашел. С этого начался интерес к тому, “что происходит”, который доминировал в моей профессиональной жизни на протяжении 20 лет и повлек за собой упомянутые три стадии. В течение моего последнего года пребывания в резидентуре и года аспирантуры в качестве старшего врача-резидента, я закончил и опубликовал исследование о том, что происходит с подростками в больнице.

Затем я начал половину времени отдавать практике, стал сам проходить анализ и тратил много времени на организацию и работу клиники для амбулаторного лечения подростков. В это время, неудовлетворенный методологическими ограничениями ретроспективного исследования пациентов стационара, я хотел провести исследование, касающееся будущего, которое исключило бы как можно больше методологических уверток. Чего я не понимал в то время, так это того, что я легкомысленно превращался в исследователя, занимающегося методологическими вопросами, и низводил внутриспихическое и психодинамическое до фона — так я решал свои собственные внутриспихические проблемы; а также что я собрался осуществить проект, которому предстояло занять 12 лет с 1956 по 1968 год, чтобы выпутаться самому, и кроме того — что соблазн использовать работу как сопротивление пониманию моих собственных внутриспихических проблем должен был пройти с

---

\*Резидентура — последидипомная больничная подготовка врачей, предусматривающая специализацию в течение одного года интерном и в течение 3—5 лет резидентом.

кристаллизацией единого гармоничного взгляда и на внутреннее, и на внешнее — и на мое Я, и на мою работу.

Те годы влекли за собой драматичный личный конфликт, имевший отношение к формированию моих взглядов на клинический материал, а также выводов, к которым я пришел в отношении собственных эмоциональных проблем, и, конечно, направления, которое должна была принять в конце концов моя карьера. На проведение упомянутого катамнестического исследования я получил большой грант, которого хватало на две укомплектованных “команды”, каждая из которых включала двух психиатров, социального работника, секретаря, ассистента-статистика и консультанта по статистике. Размеры и темпы исследования росли подобно снежному кому, несущемуся под гору. Я начал тогда сомневаться, смогу ли осилить то, на что замахнулся. Появилась необходимость уменьшить мои обязанности в клинике, чтобы уделить время исследованиям.

Это было “постспутниковое” время в науке. Естественные науки, прищипоренные первоначальными успехами русских со спутником, приобретали доминирующее влияние. Психиатры испытывали неприятное чувство, видя несостоятельность методологии своих собственных исследований по сравнению с методологией естественных наук. В этот момент ученые, работающие в области социологии, выдвинулись вперед с “объективной” методологией исследования, сосредоточив внимание на таких вопросах, как определение переменных, валидность, надежность и статистический анализ.

В то время я находился под сильным влиянием необычайно талантливого исследователя в области социальной психиатрии доктора медицины Александра Лейтона, который занимался тем, что сейчас хорошо известно как исследования Sterling County Midtown Mental Health, посвященные распространенности психических заболеваний среди населения. Он предоставил в мое распоряжение свою методологию и специалистов по статистике. Похоронив свои сомнения относительно того, насколько этот подход годится для клинической работы, я сделал решительный шаг.

Во мне разыгрался конфликт между позицией социолога и позицией клинициста, в которой важно одновременно рассмотреть все переменные, при этом основным инструментом наблюдения и принятия решений является клиническая оценка. В то же самое время, проходя анализ пять раз в неделю, я все глубже и глубже

копался в своей собственной психике. Три часа в день я тратил в клинике, пытаюсь усовершенствовать методологию, например, исследовать надежность различных статистических подходов для клинического материала. Затем мне приходилось идти на аналитический сеанс, который вновь и вновь демонстрировал, как эти занятия помогают усилить мое сопротивление встрече лицом к лицу с моими эмоциями.

Я никогда не забуду день, когда этот конфликт, наконец, разрешился. Это произошло на конференции, на которой присутствовали обе команды исследователей, все сотрудники, занятые статистической работой, и консультанты. Все собравшиеся без исключения сидели целый день напролет, слушая дебаты статистиков о различных методах подхода к клиническому материалу, имевших между собой микроскопические расхождения. Я был доведен до белого каления. В тот день я принял решение в пользу клинической точки зрения.

Я чувствовал, что подход, основанный на статистике, имеет серьезные ограничения для клинической работы и обратился к клиническому подходу в исследованиях. Я стал исповедовать в основном психоаналитические взгляды. В это же время разительным уменьшилось мое использование работы как сопротивления собственным внутриспсихическим проблемам.

Результаты этого исследования были опубликованы в книге “Психиатрическая дилемма отрочества” (1967). Мы обнаружили, что у подростков “с возрастом это не проходит”. Спустя пять лет более 50% подростков были все еще в тяжелом состоянии. Тогда мы называли их скорее пациентами с расстройствами личности, чем с пограничным синдромом и, просмотрев записи, регистрирующие ход лечения, обнаружили, что если они и их родители проходили курс лечения в течение года по одному разу в неделю, то их симптомы, такие как тревога, депрессия, отыгрывание вовне, уменьшились. Но больше всего неприятностей пять лет спустя доставляли их патологические черты характера, которые совершенно не затрагивались в процессе лечения.

В то время ушел на пенсию глава психиатрического отделения нью-йоркской корнелльской больницы. Перемены нарушили порядок в отделении. Мне требовалось дополнительное время, чтобы писать книгу, поэтому я покинул отделение и начал обдумывать, как получить ответы на вопросы, возникшие в ходе исследования. Каковы патологические черты характера? Откуда они

берутся? Как мы можем их идентифицировать и каковы наилучшие методы их лечения? Затем я был вызван новым главой отделения, который спросил, не вернусь ли я обратно, чтобы принять на себя заботу о стационарных пациентах-подростках, которые за последние полгода разбили 50 дверных панелей. Это предоставляло идеальную возможность получить ответы на возникшие вопросы, работая с пациентами, длительно находящимися в стационаре, где мы могли бы проводить тщательный мониторинг и наблюдать корреляцию между данными, полученными в интервью, и поведением подростков.

## **Вторая стадия**

### ***Терапия подростков с пограничным синдромом: метод развития***

**(возраст 42—48 лет, 1968—1974 гг.)**

Я создал исследовательское подразделение для интенсивной психоаналитической психотерапии расстройств личности у подростков. Я получил необходимые обязательства руководства в отношении штата и врачей-резидентов, потому что глава отделения желал сделать почти все в пределах разумного, чтобы снять с себя острую проблему подростков. Он согласился оставлять пациентов в больнице минимум на год и не менять в этот период лечащего врача. Последующие шесть лет были в высшей степени плодотворными для развития моих собственных взглядов; оглядываясь назад, можно сказать, что эти годы заложили основные принципы, которые позднее привели к формированию моей точки зрения на психотерапию пограничных и нарциссических расстройств личности.

Подростки имели отклонения в поведении, такие как школьные прогулы, употребление наркотиков и другие формы социально не приемлемого поведения. Основным клиническим симптомом было отыгрывание вонне. Мы поняли, что для выживания нашего подразделения должны найти способ ограничить эти отыгрывания. Когда имеешь дело с подростками с отклоняющимся поведением в структурированном сеттинге, появляется совершенно беспримерная возможность научиться понимать и управлять этим защитным механизмом. Подростки беспрестанно “поджигали землю под ногами” у лечащего врача и иногда у меня самого, чтобы

испытать нашу компетентность и надежность. Успешное выживание в этих “испытаниях огнем” научило нас терапевтическому обращению с отклоняющимся поведением. Когда я теперь, будучи супервизором, вижу, что большинство терапевтов испытывают трудности в понимании отыгрываний вовне и управлении ими, я желаю им пройти это суровое испытание и приобрести свой опыт. Только после того, как мы научились профессионально устанавливать ограничения для того, чтобы выжить, мы действительно узнали, что это имеет значительно более важный и глубокий психодинамический эффект. Мы видели, что контроль за своим поведением оказывает на подростков депрессивное воздействие — первое связующее звено между аффектом и защитой.

Тогда мы поняли, что отыгрывание вовне представляет собой защиту от депрессии. Однако источник депрессии оставался неясным. Мы предполагали, что здесь может быть связь с подростковыми конфликтами эмансипации. Пытаясь в этом разобраться, я изучил все известные источники, включая труды Анны Фрейд (1965) и беседы с ней и Петером Блосом (1962).

День, когда был сделан шаг вперед в понимании источников депрессии, я тоже никогда не забуду. Перелистывая в библиотеке журналы, я натолкнулся на статью Маргарет Малер (1958) о ее исследовании детей-психотиков, озаглавленную “Аутизм и симбиоз: два расстройства чувства реальности существования и идентичности” (“Autism and Symbiosis: Two Disturbances in the Sense of Entity and Identity”). Эта статья, основанная на наблюдениях за детьми, была посвящена развитию у детей нормального Я через стадии сепарации/индивидуации. Она привела меня к дальнейшему изучению ее исследований описанных феноменов.

Я, словно собака-ищейка, стоял на тропе, которую она проложила, и следовал за ней по пятам. В это же самое время наши депрессивные подростки начали говорить не о конфликтах с родителями, актуальных сегодня, а о все более и более давних переживаниях отделения, и, наконец, о неспособности матерей признать у своих детей появление Я.

Меня вдруг осенило, что благодаря счастливой случайности я оказался в центре двух взаимодополняющих экспериментов. Другими словами, работы Малер (1958, 1968, 1975) дали мне сведения о раннем развитии нормального Я, в то время как мои пациенты-подростки описывали и впечатляюще демонстрировали расстройства этого самого нормального процесса, а именно задержку развития, характерную для пограничных расстройств личности.



Я объединил эти данные и пришел к выводу, что пограничное личностное расстройство представляет собой проблему развития — неуспех сепарации/индивидуации.

Тогда я только приоткрыл дверь к тайнам расстройств личности с пограничным синдромом: к концепции неспособности матери признать Я ребенка и депрессии, появляющейся вследствие оставленности ею, и далее происходящей приостановке развития Эго. На основании этой концепции была предложена тактика лечения этого расстройства развития — конфронтация с защитами подростка, ведущая к тщательной проработке депрессии, что ослабляет или совсем убирает якорь, не дающий личности развиваться, активизирует Я и позволяет ему возобновить свое развитие.

Эти находки были опубликованы в книге “Терапия подростков с пограничной личностной организацией, метод развития” (*Treatment of the Borderline Adolescent, A Developmental Approach*, 1972, 1984). Оглядываясь назад, можно сказать, что эта книга, должно быть, сильно опередила свое время, поскольку ее появление было встречено оглушающим молчанием. Я чувствовал себя так, как будто все рухнуло в бездонную пропасть. Только после опубликования второй моей книги “Психотерапия взрослых с пограничной личностной организацией” (1976) книга о подростках, наконец, получила достойную оценку.

### **Третья стадия**

#### ***Психотерапия пограничных расстройств взрослых: метод развития объектных отношений (возраст 48—56 лет и далее, 1974 г. и далее)***

Оставался нерешенным ключевой вопрос: какова связь между недоступностью материнского либидо и задержкой развития. Теория объектных отношений (Jacobson, 1964; Kernberg, 1967; Rinsley, 1968, 1982) указала связь, которую я искал, и стала сильнейшим катализатором для моих собственных размышлений о роли материнского признания для развития Я и внутриспсихической структуры.

После того, как книга о подростках (1972, 1984) была опубликована, меня попросили сделать доклад о терапии пограничных расстройств подростков на симпозиуме в Филадельфии, проводившем-

ся в честь Маргарет Малер. Я предложил еще один доклад, подготовленный совместно с Дональдом Ринсли, об объединении теории объектных отношений с теорией развития сепарации/индивидуации. В этом докладе (Masterson & Rinsley, 1975) мы объединили четыре идеи: (1) понимание сепарации/индивидуации, открытости материнского либидо и признания матерью (Masterson, 1972, 1984) с точки зрения метода развития; (2) теорию объектных отношений развития интрапсихической структуры (Jacobson, 1964); (3) раннюю работу Фрейда (1911) о двух принципах функционирования психики и (4) мои собственные клинические наблюдения о том, что когда у подростков с пограничной личностной организацией наступает объективное улучшение и они становятся более адаптированными — иначе говоря, когда они проходят через сепарацию и индивидуацию, — они чувствуют себя хуже, а не лучше, а именно более депрессивными. В день доклада я самоуверенно чувствовал, что сделал шаг вперед — по крайней мере, для себя — и что целый новый мир расстилается передо мной. Я понимал также, что мне следует выйти за пределы подростковой психиатрии в широкий мир психоаналитического подхода к расстройствам характера, основанного на представлении о развитии объектных отношений.

Я немедленно применил эти новые идеи ко взрослым пациентам в моей собственной частной практике. Работа со взрослыми была описана в книге “Психотерапия взрослых с пограничной личностной организацией. Метод развития” (1976). Этот текст изменил, выкристаллизовал и объединил мои мысли, связанные с развитием объектных отношений в применении к пограничной патологии, а также изменилась моя репутация: из психиатра, занимавшегося подростками, я превратился в психиатра психоаналитического направления, применявшего метод развития объектных отношений к расстройствам характера у подростков и взрослых.

Эта перемена привела, конечно, к еще одному кризису идентичности. Для меня было очень важно прочувствовать, что я больше не был лишь подростковым психиатром, но, скорее, стал экспертом по психоаналитической терапии расстройств характера. Совсем другим делом было заставить коллег принять эту перемену. Например, хотя я и прошел полный тщательный личный анализ, я не посещал официально психоаналитический институт, и поэтому не имел документа о квалификации психоаналитика. Вдобавок снова сменилось руководство психиатрического отделения

корнелльской нью-йоркской больницы, мое подразделение, занимавшееся долгосрочными исследованиями, пришлось закрыть — жертва, принесенная финансам и волне увлечения краткосрочными терапиями — и я был вынужден искать себе еще какое-то дело.

Моя репутация до этого момента основывалась на подростковой психиатрии, но мне было больше не интересно заниматься этим. С другой стороны, книга (1976) к тому времени еще не была опубликована, поэтому я не мог представить оснований для получения другой работы. Я не мог ни принять того, что мне предлагали, ни надеяться на полном основании получить то, чего бы я хотел.

Я отослал книгу издателю с некоторыми опасениями, хорошо зная, что с книгой о подростках это не прошло гладко. Редактор направил книгу на рецензию и спустя несколько долгих месяцев пригласил меня для беседы, которая оказалась самой краткой и тяжелой в моей жизни. Он решительно отказался от книги, при этом, ссылаясь на рецензента, сказал: “Те, кто интересуется развитием, читали Малер, и на тему пограничной патологии написано очень много. Ваша книга не нужна”. Затем он спросил, не хочу ли я, чтобы он послал ее на отзыв еще одному рецензенту. Я ответил: “Нет, благодарю, с вашим талантом выбирать рецензентов я заранее знаю, что произойдет”. Я ушел подавленный. Я предчувствовал неприятности, но не столь значительные. Несмотря на это, моя убежденность в ценности работы не была поколеблена ни в малейшей степени.

К счастью, благодаря любезности другого издателя меня направили к Brunner/Mazel, где книгу сразу приняли. Преодолев препятствие, я должен был ждать, как воспримут книгу. При подготовке ее к печати был хороший знак: она была отобрана для приобретения большинством книжных клубов психиатров. Но чувство сомнения витало в воздухе. Я не мог не вспоминать ужасное молчание, которое сопровождало публикацию “Терапии подростков с пограничной личностной организацией”. Хорошей продажей книги, отобранной для книжных клубов психиатров, считается несколько тысяч экземпляров. Через несколько месяцев после выхода книги в свет я увидел у себя в офисе записку секретаря: “Книжные клубы психиатров —13000”. Я сразу заметил ошибку, должно было, конечно, стоять 1300, а не 13000. И это было бы не слишком плохо. Когда я обратил внимание секретаря на ошибку, она уверяла меня, что не прав я, а она все тщательно проверила, и количество было именно 13000. Я не могу соответствующе-

щим образом описать переполнившее меня смешанное чувство, что все закончилось и закончилось хорошо, когда я понял, что кризис самоопределения миновал. Мой внутренний образ собственного Я теперь был принят и подтвержден моими коллегами.

Книга вызвала и продолжает вызывать необыкновенную реакцию. Она открыла для меня новый и волнующий мир. Я получил много спонтанных писем от психотерапевтов из разных частей страны, описывающих, как точно поняты их проблемы в лечении пациентов с пограничными расстройствами и как книга помогла им. Я также получил ряд подобных писем от самих пограничных пациентов. Я получил множество предложений прочитать лекции по всей стране, на них пришли толпы воодушевленных и отзывчивых слушателей. Попутно я обнаружил, что проведенное мною самим рассмотрение проблематики с точки зрения развития объектных отношений значительно расширило мое собственное восприятие и понимание клинических проблем, а также мою способность работать с ними. Как будто мой мозг буквально расширился.

Этот успех помог мне также принять решение покинуть Корнелл, который был для меня как профессионала домом с тех самых пор, как я стал психиатром. Мы не могли договориться о соответствующей работе. Я основал мои собственные организации: Группу Мастерсона для лечения расстройств характера и Фонд характерологических расстройств, некоммерческую организацию для обучения и исследований расстройств характера. Это решение распространило мою преподавательскую деятельность с одной организации на многие организации. Группа Мастерсона провела в октябре 1977 года в Хантер-Колледже свою учредительную публичную конференцию по пограничной личностной организации, которую мы планировали на несколько сотен участников. Мы получили заявки от 2200 человек. Кризис самоопределения получил разрешение при дальнейшем укреплении и прояснении моего собственного Я-образа.

В 1976 году мне позвонила молодая женщина, закончившая обучение и получившая степень доктора философии в Smith College, она хотела узнать, не дам ли я ей разрешение поработать с подростками из нашей организации, чтобы выполнить исследование отсроченных результатов. Я был в ужасе, что кто-то может думать, что я могу передать эти “сокровища” кому-нибудь другому, потому что я сам давно планировал выполнить исследование отсроченных результатов. Я попросил о встрече, любопытствуя узнать,

как выглядит столь нахальная особа. Оказалось, что она была безупречной во всех отношениях. Дело закончилось выполнением совместного исследования подростков с пограничным синдромом, лечившихся в нашем отделении, оно было опубликовано под названием: “От подростка с пограничным синдромом к нормально функционирующему взрослому. Проверка временем” (*“From Borderline Adolescent to Functioning Adult: The Test of Time”*, 1980).

Это исследование показало результаты лечения — результаты, эффективность которых можно было предсказать по степени соответствия проведенного лечения гипотетической модели.

Затем я развил клинические приложения теории в двух других книгах: “Нарциссические и пограничные расстройства: интегрированный подход развития” (*“The Narcissistic and Borderline Disorders: An Integrated Developmental Approach”*, 1982) и “Контрперенос и техника психотерапии” (*“Countertransference and Psychotherapeutic Technique”*, 1983).

В этих книгах был тщательно разработан метод развития объектных отношений при нарциссизме и нарциссических расстройствах личности, и этиология, лежащая в основе расстройства личности с пограничным синдромом, была выражена следующим образом.

Три источника вносят свой вклад в этиологию, а именно: природа, “воспитание” и судьба, и психотерапевту приходится принимать клиническое решение, насколько велик вклад каждого из этих источников в расстройство его пациента. Под природой здесь подразумеваются органические проблемы, конституциональные или генетические дефекты. “Воспитание” как этиологический фактор — закрытость материнского либидо безотносительно к причине. Судьба, фатум проявляется в тех несчастливых случайностях жизни, которые могут воздействовать на любую из двух ветвей процесса сепарации-индивидуации, то есть в любом событии, которое либо уменьшает доступность материнского либидо, либо вмешивается в процесс индивидуации ребенка в первые три года жизни.

К 1983 году, в связи с выходом книги по *контрпереносу* я полагал, что мои труды, пожалуй, завершены. Однако я чувствовал, что теория развития объектных отношений все еще не дала адекватного рассмотрения Я, и представлению о Я, исходящему от других, казалось, чего-то недоставало. Я обнаружил, что в своей клинической работе без определенного намерения или плана все больше и больше внимания обращаю на Я пациента до степени раз-

вития спонтанного использования символов, например, “S”, когда пациент активизировал свое реальное Я (self) на сеансе, или “O” для связывания с объектами. Я все чаще стал думать и говорить в терминах реального и защитного Я, поскольку это выявлялось на клиническом материале. Только впоследствии, уже в течение нескольких лет используя понятие Я в психотерапии, я, наконец, решил, что должен это продумать дополнительно, привести в порядок и дописать хотя бы только для того, чтобы прояснить это для себя и вывести из моей системы. Так возникла работа “Реальное Я: Метод развития Я и объектных отношений” (“The Real Self: A Developmental, Self, and Object Relations Approach”, 1985).

Кажется, теория Я довела подход объектных отношений развития до некоторой завершенности и полноты описания в соответствии с требованиями клинического материала. По крайней мере, он, вероятно, настолько детализирован и завершен, насколько я это в состоянии сделать.

Много волнения и радости выпало тем, кто имел счастье участвовать в настоящем взрыве знаний, который произошел за последние 30 лет в нашей области... видеть брешу, постепенно заполнявшиеся, и кусочки головоломки, встававшие на место. Я годами работал с пациентами, страдавшими нарциссическими и пограничными расстройствами, не имея возможности помочь им. Получить в конце концов инструмент, чтобы принести облегчение пациентам и научить этому других,— значит пережить предельное чувство завершенности и удовлетворения в работе.

## *Дискуссия с Джем Хейли*

Я очень рад узнать, что доктор Мастерсон сделал успешную карьеру, прошел через различные стадии развития и в конце каждой писал книгу, я считаю это примером, который он подает нам всем. Моя проблема при обсуждении выступления заключается в том, что я не знаю, как оно относится к теме этой конференции; я попытаюсь найти эту связь в коротких комментариях.

Я полагаю, одна из целей нашей встречи — представить расходящиеся точки зрения. В области терапии существует большое разнообразие взглядов. Мы имеем разные точки зрения, и я полагаю, наша обязанность — утверждать свою собственную позицию, невзирая на то, что она не разделяется кем-то другим. Если кого-то задевает то, что я говорю, вы должны понять, что я говорю это только потому, что должен, а не потому, что это доставляет мне удовольствие.

По моему мнению, доклад доктора Мастерсона и эта конференция служат иллюстрацией примечательной ситуации. Многие из нас работали в этой области, занимались исследованиями и терапией в течение многих лет, в частности, занимались подростками, и, тем не менее, мы можем работать в одной области, не будучи сколько-нибудь похожими по нашему образу мыслей или методам терапии. Я думаю, это стоит отметить. Предполагалось собрать конференцию одной профессиональной области, которая сообщая сможет кое-что изменить, однако различия столь значительны, что возникает вопрос, одна и та же ли это область. У меня не было желания обсуждать этот доклад, когда я услышал его тему. Тем более, что я не получил текст заранее, и когда я прочитал его, я стал еще менее расположен к его обсуждению\*. Одна причина состоит в том, что в действительности я не слишком интересуюсь психоаналитическим подходом и отказался от дискуссий с психоаналитиками много лет назад. Как сила в мире идей психоанализ умер в 1957 году, и похороны все еще продолжаются в больших городах, но я больше не считаю его влиятельной силой. Поэтому при обсуждении психоаналитических идей не обращайтесь ко мне.

Кроме того, я никогда не встречал пограничную личность, и когда я понял, что мне предстоит быть на этом заседании, я вы-

---

\*Мастерсон вовремя представил доклад оргкомитету конференции. По оплошности сотрудника экземпляр доклада не переслали Хейли. — *Прим. американского редактора.*

шел в вестибюль и стал искать какую-нибудь пограничную личность, но не мог найти ни одной. (У меня в клинике очень насыщенная программа лечения и тренинга со множеством пациентов всех возрастов. Мы никому не отказываем, поэтому имеем большое разнообразие). Я спросил у сотрудников: “У вас есть пограничная личность, с которой я мог бы поговорить?” У них никого не оказалось, поэтому я заключил, что они должны обращаться куда-то еще. К нам они не приходят совсем.

Поэтому для меня представляет некоторое напряжение заставить себя мыслить таким образом, это для меня означает — вернуться в прошлое. Однако, поскольку я здесь, позвольте мне сказать нечто здоровое о различиях.

Я думаю, что доктор Мастерсон и я — мы оба участвовали во взрыве знаний, который он упомянул, взрыве, который происходил в течение последних 30 лет, но я полагаю, что мы взрывались в разных направлениях. Позвольте мне сказать о том, что оказало большое влияние на меня. В начале 50-х годов было новое направление в этнологических исследованиях: проводилось широкое изучение птиц в воздухе и зверей в их естественных условиях. Биологи сообщали нам сведения о “частной жизни” братьев наших меньших. И сегодня, вероятно, нет ни одного примата, на которого не был бы направлен бинокль наблюдателя, потому что их изучение продолжается. Я вспоминаю одно исследование 50-х годов, которое произвело большое впечатление на многих из нас, особенно на проводивших терапию в больницах. (Я в течение 10 лет работал над исследовательским проектом в больнице, поэтому знаком с больницами.)

Была женщина, известная как женщина-коза. Ее специальностью было наблюдение за козами. Каждый имел особое животное, за которым проводил наблюдение: например, была женщина-бизон, которая перемещалась за бизонами по Колорадо. Это была женщина-коза. Она произвела эксперимент с этими животными. Ею было зафиксировано, что если отнять детеныша козленка у матери и изолировать от стада и потом через пару дней вернуть в стадо и в его семью, его будут избегать, как будто оно ненормальное. Другие козы обращаются с ним, как будто это чужое животное. И это становится его особенностью, которая не проходит со временем. Эта женщина тогда не могла определенно утверждать, что именно могло вызывать проблему, но в общем было выяснено, что изъятие животного из его естественного окружения и затем возвра-



щение назад каким-то образом отмечает его. Эта женщина и ее коллеги говорили тогда, что наше понимание животных в течение многих лет было искаженным вследствие изучения животных в зоопарках. Животные в неволе, в зоопарках демонстрируют совершенно неестественное поведение. У них извращено сексуальное поведение, они кажутся подавленными, они часто ведут себя странно. И никто этого не знал до тех пор, пока не начали наблюдать их в естественных условиях. Когда у животных блокировано их естественное поведение, соответствующее социальному контексту, они начинают вести себя довольно ненормальным образом.

Это положение начали применять к людям. Была высказана мысль, что и за ними следует наблюдать не в искусственных условиях, а в их естественном окружении. То есть когда проводят исследования семьи, а также изучение сообщества. Мы хотели видеть респондента в его естественной ситуации, семье, веря в то, что мы могли таким образом понять, почему он ведет себя именно таким способом. Мы также развивали идею, что ошибочно вырвать человека из семьи, поместить в больницу, изолировав от семьи, и предполагать при этом, что это разумная терапевтическая мера. Напротив, можно было ожидать, что он начнет вести себя необычно, когда вернется в общество.

Когда мы изучали подростков, мы хотели изучать их не в зоопарке, а в общении с их друзьями и семьей. И мы хотели проводить их лечение не в психиатрической больнице, напоминающей зоопарк, а в их естественном окружении. Именно там, где они должны были достигать жизненного успеха, в той среде, которой они принадлежали. Признавая, что некоторых людей приходится сажать под замок для защиты общества, потому что они опасны, мы пытались проводить различия между идеей социального контроля над поведением индивидуума и лечением. Вернуть юношу в общество с клеймом больницы — значит направить его по неверной стезе, и, по моему мнению, это следует делать, только когда вынуждают обстоятельства. В больнице они часто обучаются странно мыслить. Они живут среди маргиналов. Они становятся инфантильными, потому что им приходится принимать заботу о себе, они не должны ходить на работу. Если они госпитализируются надолго, они становятся вне целого периода моды, пропускают весь скандал с наркотиками или что там еще может произойти. Перемены очень быстро происходят в среде молодых, так что когда они выходят, оказывается, что они отстали от всех. Я не думаю так-

же, что для них полезно проводить время и заводить дружбу с людьми, имеющими проблемы.

На днях у меня был разговор о том, что есть пациент с депрессией и есть идея, что нужно найти группу людей с депрессией и поместить его в нее. Это удивительная мысль — сделать такое с человеком в депрессии. Следовало бы подумать о том, чтобы найти группу бодрых людей и ввести его туда.

Если у вас есть юноша, попавший в беду, маргинальный, с проблемами, я думаю, что помещать его в группу маргинальных молодых людей, имеющих проблемы, не слишком разумно. Однако нужно некоторое время, чтобы прийти к такой точке зрения. В результате подобных исследований и перемены во мнениях психиатры стали принимать во внимание, что социальный контекст может объяснить, почему люди ведут себя именно так, а не иначе. Итак, существует очень большая разница между объяснением причин человеческих поступков в терминах их социальной среды или в терминах их внутреннего конфликта или программирования прошлым. И это новое объяснение, по моему мнению, было революционным для многих из нас. Оно привело к семейной терапии многих проблем. Оно также привело к новому пониманию человека. Мои возражения против этих идей относительно пограничных личностей состоят в том, что они возвращают нас к эпохе, когда предполагалось: индивидуум автономен и независим от всех социальных влияний, за исключением некоторого прошлого влияния матери в раннем детстве. Многие из нас делали усилие, чтобы переменить этот образ мыслей, который был очень соблазнительным.

Я вспоминаю, что Дон Джексон говорил, что теория объектных отношений может быть очень полезной для некоторых людей, чтобы отказаться от мышления в понятиях психологии отдельного человека. Если сначала они смогут завести у себя в голове идею объекта и связать его с другим объектом, то потом они смогут вытащить эти объекты наружу и превратить их в реальных людей, связанных с другими людьми. Так что такая точка зрения была полезной, но все находили различные пути, чтобы отказаться от представления об автономности индивида. Многие шли через теорию Салливана, который имел очень большое влияние почти на каждого семейного терапевта. Они были с ним некоторым образом связаны, потому что он, несмотря на свой напыщенный стиль изложения, выходил за пределы упомянутой ориентации на индивида.

Многие из нас изменили свой образ мыслей, ориентированный на индивида, и стали ориентироваться на диаду и триаду при проведении терапии. Мысль, что подросток дурно ведет себя по внутреннему импульсу, очень сильно отличается от мысли, что это поведение вызвано, например, отцом подростка, подстрекающим его. И отличается от объяснения того же самого поведения, появляющегося, когда семья становится нестабильной, в качестве способа укрепить семью. Так, кажется, что существуют молодые люди, которые попадают в беду, когда родители находятся на грани развода, и семья неустойчива. Тогда семья будет дружно работать, чтобы справиться с бедой, и укрепится. Это разные способы понять одного и того же подростка. Это вопрос точки зрения и концептуальных единиц, которыми вы пользуетесь, обдумывая свое объяснение. Изменение индивидуального подхода на учитывающий диаду или триаду выглядит как полный разрыв, пропасть между двумя взглядами. Это различные способы мышления.

Я считаю, что эта переориентация сделала больше для разделения психотерапевтов на разные лагеря, чем какой-либо другой фактор, за исключением экономики терапии. Под экономикой терапии я подразумеваю вопрос, какая страховка будет оплачена, а какая — нет, а также какой теории следует придерживаться, занимаясь частной практикой, а какой — работая в учреждении. Результат различий таков, что если у подростка обнаруживаются какие-либо проблемы с поведением: прогулы в школе или употребление наркотиков — в настоящее время существует свыше 100 школ терапии, использующих различные методы лечения этого. Имеются также совершенно разные объяснения причин такого поведения подростка. Некоторые, подобно доктору Мастерсону, находят причину в прошлом, на этапе материнского влияния в младенчестве. Другие найдут ее в настоящем, концентрируя свое внимание на том, что происходит с подростком непосредственно теперь. Акценту на прошлом следовало бы предпочесть концентрацию внимания на том, что подросток устраивает неприятности с целью привлечь внимание и помочь семье: между этими точками зрения такая разница, что я не знаю, как можно навести мост над этой бездной.

Я получил три книги доктора Мастерсона и просмотрел их, готовясь к этой конференции. Несколько лет назад я прекратил читать книги со словом “личность” в заглавии. Каждый раз, когда я читал какую-нибудь из них, у меня было такое чувство, что я

это уже читал. И каждый раз в течение многих лет, когда я ненадолго открывал подобную книгу, я переживал “дежавю”, ощущая, что читал это прежде. Я полагаю, шахта под названием “личность” в самом деле истощена в результате разработки в течение 2000 лет. Слишком много слов.

Я нахожу, что очень трудно выяснить, что происходит с подростком, включенным в лечебную программу для стационарных пациентов доктора Мастерсона, потому что описания имеют тенденцию к закрытости. Однако к одной из книг имеется предисловие, которое было сочтено настолько хорошим, что его воспроизвели во втором издании, и я был напуган этим предисловием. По-видимому, оно считалось важным, поскольку было помещено прямо на обложке книги (J.F.Masterson, *Treatment of the Borderline Adolescent*, Wiley, 1972; Brunner/Mazel, 1984). Позвольте мне прочитать его вам. “Очень преданная мать двухлетнего ребенка в сильном горе обратилась к педиатру с жалобой, что ее ребенок, начинающий ходить, следует за ней по пятам вокруг дома и не хочет отойти от нее в сторону. Рассерженная, подавленная и испуганная мать 15-летнего подростка обратилась к педиатру в отчаянии от того, что ее сын бросил школу и употребляет наркотики. Эти двое детей представляют собой примеры пограничного синдрома в разном возрасте, они страдают от одного и того же недостатка развития — дефекта сепарации-индивидуации”.

Я полагаю, что это экстраординарное утверждение с двух или трех различных точек зрения. Педиатр сообщает о таком поведении двухлетнего и пятнадцатилетнего, и доктор Мастерсон ставит диагноз, по-видимому, на основании этого сообщения. Знаете, что мне это напомнило и почему я проявляю интерес с этой точки зрения? У меня только что на приеме была семья из Индии с больным ребенком, и я узнал, как в той части Индии психиатр ставит диагноз. Случилось так, что родители отвели ребенка к своему постоянному врачу. Они рассказали, как ребенок ведет себя. Врач позвонил психиатру и рассказал ему, как ребенок ведет себя. Психиатр по телефону рекомендовал препарат, который врач затем дал ребенку; это психиатрическое лечение. Ребенку сейчас 18 лет, у него поздняя дискинезия в результате такого лечения. Я считаю, что они в Индии могли бы, по крайней мере, делать то, что делают психиатры в нашей стране, и осмотреть ребенка в течение 5—10 минут, прежде чем назначать препараты.

Во всяком случае, я думаю, главный вывод состоит в том, что имеется род фиксации на идеях, если вы ставите индивидуальный диагноз и так уверены в источниках поведения. Я полагаю, что в действительности вы не можете рассматривать двухлетнее дитя, которое ходит за матерью по пятам, как личность с пограничным синдромом. Я полагаю, что делая такие утверждения, вам пришлось бы находить такие личности под каждым кустом. Не требует доказательств, что двухлетний ребенок может быть необщительным и не иметь много друзей и может даже отказаться ходить в детский сад. То, что двухлетние дети цепляются за мать, не кажется мне указывающим на патологический тип личности. Если бы это было так, то у всех нас было много работы на многие годы, потому что имеется множество двухлетних, липнущих к матерям и следующих за ними неотрывно.

Если мы обратимся теперь к пятнадцатилетнему, который оставляет школу и принимает наркотики, и поэтому является пограничной личностью, это также примечательный диагноз. Это также хорошо для бизнеса, поскольку сотни и тысячи детей бросают школу и принимают наркотики. Сейчас в компаниях молодых модно принимать допинг. Во всяком случае, я надеюсь, что эти двухлетние и эти пятнадцатилетние не кончат тем, что попадут под опеку психиатров, столкнувшись со своими проблемами сепарации/индивидуации. Сегодня существует так много методов терапии и так много эффективных техник в результате революции в психотерапии за последние 30 лет, что, по моему мнению, психотерапевты обязаны изучать их, обязаны пробовать эти процедуры, если случай того достоин. Применять к подросткам один метод терапии и иметь один способ осмысления для них я не считаю революционным. Я считаю это наивным.

## **Ответ доктора Мастерсона**

Господин Хейли, вы уверены, что вы не из тех, кто рецензировал рукопись одной из моих книг перед опубликованием? Сегодня вы имели возможность высказаться на мой счет и на счет моей точки зрения, но по направленности и ходу вашего выступления я чувствую, что с вашими взглядами что-то не так. Вчера при обсуждении доклада доктора Боуэна я заметил, следуя за ходом его мысли, что людям приходится развивать теории. Это наш способ

осмысления самих себя и мира и управления тем и другим. При создании каждой теории преследуются две цели: поддержание чувства внутреннего комфорта и внутреннего равновесия, а также попытка постичь внешний мир. Когда мы достигли стабильного чувства внутреннего комфорта, мы часто не желаем жертвовать им даже для поиска истины. Для поддержания внутреннего комфорта, я полагаю, господин Хейли подошел к этому материалу не с рефлексивной или критической или содержательной позиции, но унижая ее и обесценивая *prima facie*\*.

Обсуждая высказывание так, как оно было вами сделано — что психоанализ умер в 50-е годы — я не представляю точку зрения классического психоанализа, а его модификацию. Если он умер, то что происходит сегодня на этой конференции? Может быть, это пример опровержения вашего высказывания. Лучшая иллюстрация, того, как ваш комфорт, достигнутый благодаря вашей принадлежности семейной терапии, весьма затрудняет для вас объективное отношение к другим возможным стимулам, — пример, который вы берете из предисловия и используете уничижительным образом, утверждая, что я ставлю диагноз, исходя из одного симптома или одного факта, не сообщая публике того, что это предисловие, очевидно, было попыткой привлечь внимание возможного читателя, чтобы он заглянул в книгу. Вспомните, что это предисловие к книге, в которой исчерпывающе и детально описывается то старательное внимание, с которым мы относимся ко всем имеющимся факторам, в том числе к семье. В той книге целые разделы посвящены терапии семьи и подростка вместе с семьей. Кроме того, наш подход состоит не в том, чтобы “копаться” в прошлом. *Наша практика такова, что если вы работаете с настоящим терапевтически компетентно и адекватно, то прошлое само возникает и воздействует на вас, так что вы работаете с ним.*

Я также нахожу, что ваш способ игнорировать содержание моего доклада, чтобы высказать свою собственную точку зрения, неудачен, поскольку у вас было две возможности на выбор, как мне кажется. Вы могли выбрать ту, которую я вчера выбрал с доктором Боуэном. Я не сторонник семейной терапии. Обсуждая доклад семейного терапевта, я постарался немного отойти от привычного подхода, чтобы увидеть, что я мог бы внести в его точку зрения. Мне только жаль, что вы не смогли сделать того же для меня. Я серьезно предполагаю, что причина этого заключается в

---

\**Prima facie* (лат) — по первому виду, на первый взгляд. — Прим. переводчика.

том, что это нарушило бы тот комфорт, который вы обрели в вашей приверженности семейной терапии; это не оставило вам другой альтернативы, кроме той, чтобы более или менее небрежно отделаться от моей точки зрения.

Вы сделали ряд негативных замечаний относительно госпитализации, словно это полная катастрофа. Я, пожалуй, соглашусь с вами, что к госпитализации никогда не следует относиться легко, что она имеет некоторые влияния, которые вы упомянули. С другой стороны, существуют такие подростки, которые не умеют управлять собой, не способны управлять собой; они не только опасны для других, но могут убить себя. Таких подростков почти невозможно лечить амбулаторно, и поэтому, тщательно и продуманно оценивая все сложности, приходится принять все недостатки госпитализации, чтобы оказать им необходимую помощь.

Если вы не используете личностный подход, диагностический подход, очевидно, вы не собираетесь находить личностей с пограничным синдромом. В том мире, откуда я пришел, в котором живу, который вы ощущаете как нечто древнее, относящееся к динозаврам, к северо-восточной культуре, эти концепции воспринимаются как общее место. Но я должен также подчеркнуть здесь — поскольку вы, кажется, находите почти исключительное достоинство в сопоставлении: индивид *versus* семья, *versus* другие члены семьи — что, по моему мнению, один из значительных вкладов семейной терапии состоит в идее о том, что мы должны включать адекватное рассмотрение семьи в нашу работу с пациентами, и мы все это делаем.

Однако я хочу сказать, что при всех достоинствах семейной терапии и всех ее полезных вкладах все же для меня в интеллектуальном отношении ахиллесова пята вашей аргументации против того вида работы, который я предлагаю, состоит в том, что семейная терапия не обладает адекватным пониманием последствий интернализации и фиксации, с которыми мы имеем дело в организации (извините за терминологию) пограничной личности. Я не могу себе представить, что эти структуры, однажды возникнув, являются застывшими, зафиксированными. И для того, чтобы их “сдвинуть” в интрапсихическом смысле, вы должны оказать терапевтическое воздействие определенного рода и определенной величины. И я не думаю, что можно снять эту фиксированность каким-то другим способом.

Далее, вы сказали: “Имеется много терапевтических подходов”. Да, имеется. Люди необыкновенно пластичны. Особенно нуждающиеся пациенты. Психотерапевты имеют громадные потребности в комфорте так же, как в поиске истины. Вы складываете это вместе и получаете чудовищное разнообразие комбинаций, вы получаете результаты терапии, которые, если взглянуть поверхностно, кажутся вполне сравнимыми; если вы изучите их подробно, не так уж они сравнимы. Поэтому я надеюсь, что в будущем вопрос, какая точка зрения полезнее, ваша или моя, и в каких случаях, получит ответ не в дебатах на конференциях, но в исследовательских работах, которые покажут, где и каким образом каждая из них приносит наибольший успех.

***Председатель:*** Как председатель и один из членов организационного комитета конференции, я хочу выразить надежду, что, поскольку мы наблюдаем эволюцию психотерапии, мы можем видеть наши расходящиеся позиции и, если пожелаем, начать попытки к сближению. Вам известна старая мысль о тезисе, антитезисе и синтезе. Или, возможно, вот чему мы являемся свидетелями здесь — расходящимся подходам в психотерапии. Да, мы действительно расходимся во мнениях, но из этих различий действительно может эволюционным путем возникнуть конвергенция.



# **Джеймс Ф. Мастерсон ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ АЛЬЯНС С ПАЦИЕНТАМИ, СТРАДАЮЩИМИ ПОГРАНИЧНЫМИ И НАРЦИССИЧЕСКИМИ ЛИЧНОСТНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ. МЕТОД РАЗВИТИЯ Я И ОБЪЕКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ**

*Джеймс Мастерсон дает классификацию личностных расстройств и определяет дифференциальную психодинамику пациентов с пограничной и нарциссической личностной организацией. Он определяет курс терапии для каждой диагностической категории и делает особый акцент на необходимости терапевтической нейтральности во избежание проявлений контрпереноса.*

Лечебный альянс, жизненно необходимый для успешной психотерапии пограничного синдрома и нарциссического расстройства, достигается двумя различными типами терапевтических интервенций. Преимущество рассмотрения этого предмета, исходя из данного теоретического подхода, состоит в том, что можно получить структуру внутренней эмоциональной жизни пациента, включая Я- и объект-репрезентации вместе с их связующими аффектами, механизмами защиты и функциями эго. Это позволяет терапевту определять и понимать, как протекают эмоции пациента и какие возникают ухудшения в эмоциональной сфере — какое эмоциональное состояние является центральным и нуждается в терапии и как проводить терапию. Кроме того, он дает инструмент для оценки эффективности интервенций.

## **Лечебный альянс**

Лечебный альянс можно определить как реальные сознательные объектные отношения, в рамках которых и пациент, и терапевт согласны сотрудничать в целях оказания помощи пациенту посредством большего понимания и контроля. Поскольку он представляет собой реальные объектные отношения, лечебный альянс основан на способностях обеих сторон к тому, что мы называем целостными объектными отношениями: быть в состоянии видеть друг друга в качестве совершенно отдельных фигур, целостных объектов как с положительными, так и с отрицательными признаками. Иначе говоря, пациент должен быть в состоянии видеть терапевта реалистично, одновременно и положительные, и отрицательные его (или ее) стороны так же, как и свои проекции на терапевта.

### **Почему лечебный альянс важен для лечения?**

Лечебный альянс, предварительное условие классического психоанализа, представляет собой значительное достижение для этих пациентов.

Для того чтобы понять, почему это есть достижение, нам придется провести различия между переносом, то есть тем, как ведет себя в отношениях невротик, и отыгрыванием в переносе, то есть тем, как ведут себя в отношениях пациенты с пограничным синдромом и нарциссическими расстройствами. Трансферентные отношения не являются сознательными, и терапевт выступает не как реальный объект, но как некоторый замещающий объект, на которого осуществляются проекции неразрешенных инфантильных фантазий пациента. Отношения переноса требуют также способности к целостным объектным отношениям: как пациент может знать, что переносит чувства на какой-то объект, если при этом не может понять независимого реального существования этого объекта? В классическом психоанализе именно лечебный альянс, который создается в начале работы с пациентом-невротиком, образует некоторую основу, на которой фантазии, воспоминания и эмоции, “разбуженные” переносом, сравниваются, выделяются, интерпретируются и прорабатываются. Осознание пациентом реальных объектных отношений — лечебного альянса — формирует

важную основу, опираясь на которую, пациент может оценивать перенесенные, неразрешенные инфантильные фантазии. Лечебный процесс начинается с того момента, когда у терапевта и пациента появляется общая единая перспектива в исследовании проблемы.

Однако пациенты с пограничной и нарциссической личностной организацией демонстрируют не перенос, а отыгрывание в переносе, которое является и стилем взаимоотношений с терапевтом, и стилем защиты от базовой тревоги и депрессии. Отсутствие союза, общей перспективы и проекций пациента на терапевта обычно создает для терапевта проблему. Чтобы понять динамику трансферентного отыгрывания и ее связь с тщательной проработкой, мы можем обратиться к статье Фрейда, написанной им в 1915 году (Freud, 1953). Чтобы отнести это блестящее обсуждение к пациентам с пограничной и нарциссической личностной организацией, нам придется только заменить словами “отыгрывание в переносе” (transference acting out) описательный оборот Фрейда “выражение забытого в поведении” (expressing what is forgotten in behavior) и употребить вместо “вытеснение” (repression) “расщепление” (splitting).

Фрейд выдвигал на первый план следующее: “Пациент ничего не вспоминает, но выражает это в своих действиях, в поведении”. Он воспроизводит это не в переживаниях и памяти, но в поведении, то есть он повторяет, “отыгрывает” это в переносе. В начале лечения кажется, что эти пациенты имеют “скудные воспоминания о детстве”. Не то, что память их плоха, им просто нечего вспоминать. Происходит разрядка (или защита) посредством отыгрывания в переносе. В процессе лечения активизируется компульсивное повторение действий, которое служит защитой против импульса к воспоминаниям и чувствам. Если оно сдерживается терапевтической интервенцией, то превращается в мотив для воспоминаний. Если повторяющиеся аффективные реакции пациента не находят разрядки в отыгрывании в переносе, они ведут к возникновению чувств и воспоминаний, что приводит к стадии проработки базовой тревоги и депрессии.

Задержки развития пациентов с пограничным синдромом и нарциссическими расстройствами, которые продуцируют защитное отыгрывание в переносе, также имеют своим результатом слабую и хрупкую способность к терапевтическому альянсу. Базисное доверие незначительно, и невелика возможность использовать наблюдающее эго, чтобы понять различия между прошлым и настоящим,

реальностью и фантазией, и зрелыми и инфантильными сторонами душевной жизни.

Начальная и актуальная на протяжении всего курса цель психотерапии — установить, укрепить и поддерживать лечебный альянс, который, тем не менее, неизбежно будет снова и снова испытывать нарушения всякий раз, когда пациент попробует отбросить защиту и выразить себя. Но именно эти нарушения при правильном руководстве могут привести многих пациентов к пониманию и овладению своими эмоциональными проблемами. Несколько слов, касающихся диагноза, прежде чем обращаться к психотерапии.

## **Диагноз. Подход Мастерсона**

Достоинство подхода к личностным расстройствам, приведенного в третьем исправленном издании “Руководство по диагностике и статистике психических расстройств” (*“Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”* (DSM-III-R)), состоит в том, что описательная система делает упор на наиболее быстро определяемых и наиболее легко фиксируемых феноменах — симптомах. Кроме того, поскольку система свободна от всяких теоретических предубеждений, она может быть использована в качестве основы для изучения любых теорий.

Но с точки зрения подхода Мастерсона к пониманию личностных расстройств, этот диагностический подход имеет ряд ограничений. Симптоматология — это наиболее нехарактерное и преходящее явление в расстройствах личности. Фактически долгое время наше внимание к симптомам мешало нам постичь суть этих расстройств развития.

Огромное достоинство подхода Мастерсона к диагностике состоит в том, что он исходит из психодинамики и развития, концентрируя внимание на наименее преходящих, на самых упорных проявлениях расстройств личности — интрапсихической структуре Я и объект-репрезентаций, защитах и функциях эго.

Клиническое приложение такого взгляда или такого способа организации диагностических категорий иллюстрирует ведущий принцип подхода Мастерсона. Мы можем преобразовать 11 категорий классификации DSM-III-R, исходя из подхода Мастерсона, используя схему теории объектных отношений, полученную за долгие годы клинической практики, таким образом преодолевая ограничения формальных исследований.

Одиннадцать категорий DSM-II-R могут быть перераспределены в четыре новые категории.

1. Пограничное личностное расстройство
  - а. Демонстративное
  - б. Расстройство избегания
  - в. Расстройство зависимости
  - г. Пассивно-агрессивное
  - д. Комппульсивное
2. Нарциссическое личностное расстройство
  - а. Эксгибиционистское
  - б. Закрытое
3. Антисоциальное расстройство личности
4. Параноидное и шизоидные личностные расстройства
  - а. Параноидное
  - б. Шизоидное
  - в. Шизофренное

Итак, четыре основные диагностические категории — это пограничный синдром, нарциссическое, антисоциальное и шизоидное расстройства. Внутри категории пограничного синдрома имеется ряд подкатегорий, которые отражают тот же базисный конфликт пограничного синдрома, хотя и с разными стилями защиты против депрессии оставленности. Пассивно-агрессивное расстройство использует пассивность в качестве защиты, зависимое — зависимость и т.д. В основе различных структур защиты лежит одна и та же депрессия покинутости и та же базисная интрапсихическая структура.

В пределах диагностической категории нарциссического личностного расстройства имеется два подвида: эксгибиционистский и закрытый. Эксгибиционистский демонстрирует величие, в то время как закрытый скрывает свою грандиозность и идеализирует объект (или другое лицо).

Шизоидный тип охватывает три подтипа: шизоидный, шизофренный и параноидный. Относится ли шизофренный к личностным расстройствам или представляет один из вариантов заболевания шизофренией, в настоящее время не ясно.

Основная мысль этой главы состоит в том, что при этих двух расстройствах для установления лечебного альянса требуются раз-

личные терапевтические интервенции: конфронтация при пограничном синдроме и интерпретация нарциссической уязвимости при нарциссической личностной организации. Имеется различие в форме и содержании интрапсихической структуры при этих расстройствах, что свидетельствует о необходимости разных тактик для установления лечебного альянса.

## **Пограничная личностная организация**

### ***Интрапсихическая структура***

#### *Расщепленное Эго*

Особая интрапсихическая структура состоит из расщепленного эго и расщепленного блока объектных отношений. Сама эго-структура расщеплена на две части, одна функционирует в соответствии с принципом реальности, а другая — в соответствии с принципом удовольствия. Последнее может быть названо патологическим эго. Оно содержит дефекты в эго-функционировании, включая недостаточное восприятие реальности, контроль импульсов, толерантность фрустрации и границы эго, плюс примитивные механизмы защиты, такие как расщепление, избегание, отрицание, “цепляние”, отыгрывание вовне, проекция и проективная идентификация.

#### *Блок расщепленных объектных отношений*

Блок расщепленных объектных отношений состоит из двух подблоков Я- и объект-репрезентаций, которые я назвал блоком “вознаграждения” (RORU) и блоком “покинутости” (“критикующим”) (WORU), каждый из них имеет свои собственные Я- и объект-репрезентации и связующие аффекты.

Объект-репрезентация блока “вознаграждения” объектных отношений вознаграждает или одобряет регрессивное поведение; соответствующей Я-репрезентацией является представление о себе как о хорошем пассивном ребенке, и связующий аффект — ощущение благополучия. Объект-репрезентация блока покинутости объектных отношений представляет объект, который критикует или пре-

## ИНТРАПСИХИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПРИ ПОГРАНИЧНОМ СИНДРОМЕ

### БЛОК ВОЗНАГРАЖДЕНИЯ ИЛИ ЛИБИДО (RORU)

### БЛОК ПОКИНУТОСТИ ИЛИ АГРЕССИИ (WORU)

Частичная объект-репрезентация



Материнский частичный объект, который предлагает принятие регрессивного и "цепляющегося" поведения

#### АФФЕКТ

переживание благополучия, сытости, удовлетворения потребности любви и слияния

Частичная Я-репрезентация



частичная Я-репрезентация как хорошего пассивного ребенка — уникального и особенного/грандиозного

Частичная объект-репрезентация



Материнский частичный объект, который покидает, зол и критичен к попыткам сепарации-индивидуации

#### АФФЕКТ

#### ДЕПРЕССИЯ ПОКИНУТОСТИ

убийственный гнев, безнадежность и беспомощность, суицидальная депрессия, опустошенность и вакуум, паника, вина

Частичная Я-репрезентация



частичная Я-репрезентация как не соответствующего требованиям, плохого, безобразного, ничтожного и т.д.

ЗАЩИТА С ПОМОЩЬЮ РАСЩЕПЛЕНИЯ

### Задержка развития Эго

Дефекты Эго: бедное восприятие реальности; толерантность фрустрации; контроль импульсов; границы Эго

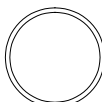
Примитивные механизмы защиты Эго: расщепление, отыгрывание вовне, "цепляние", избегание, отрицание, проекция и проективная идентификация.

Расщепленное Эго: эго принципа реальности плюс эго патологическое (или эго принципа удовольствия).

### НОРМАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ Я- И ОБЪЕКТ-ПРЕДСТАВЛЕНИЙ

#### СТАДИИ

I. Аутистическая  
(0—3 месяца)



Недифференцированная матрица

II. Симбиотическая  
(3—15 месяцев)

#### Вознаграждение

#### Фрустрация



Слияние Я и объекта

III. Сепарация-индивидуация  
(18—36 месяцев)

#### Субстадии:

- (а) Дифференциация (3—8 месяцев)
- (б) Упражнение (practicing) (8—15 месяцев)
- (в) Восстановление отношений (rapprochement) (15—22 месяца)
- (г) На пути к константности объекта (36 месяцев и больше)



Расщепленные Я- и объект-репрезентации (частичные объектные отношения)



Целостные Я- и объект-репрезентации (целостные объектные отношения)

ЗАЩИТА С ПОМОЩЬЮ РАСЩЕПЛЕНИЯ

**Достижения развития Эго:** (1) отсутствуют дефекты эго; (2) вытеснение сменяет расщепление; (3) механизмы защиты более высокого уровня сменяют более примитивные механизмы; (4) появление способности восприятия константности объекта

**Рис. 1. Расщепленность блока объектных отношений при пограничном синдроме**

секает попытки активизации Я; Я-репрезентация — представление о себе как о плохом, уродливом, не отвечающем требованиям ребенка, при этом связующий аффект — депрессия оставленности.

### *Триада пограничного синдрома*

Связь между расщепленным эго и расщепленным блоком объектных отношений, некий ключ к пониманию психопатологии, я назвал триадой пограничного синдрома: активность Я ведет к тревоге и депрессии, что, в свою очередь, ведет к защите. Клинические изменения этой триады отражают существо расстройства.

Формируется союз между либо вознаграждающей частью, либо частью оставления блока объектных отношений и патологическим эго, который функционирует следующим образом: любые возникающие в дальнейшей жизни стрессы отделения или попытки проявления активности Я, или улучшения в процессе лечения прерывают защиты и ускоряют действие критикующей (оставляющей) части блока объектных отношений со связанным с ним аффектом депрессии покинутости. Затем пациент защищается от этого болезненного переживания активизацией союза с патологическим эго (или с вознаграждающей частью, или с критикующей частью, или с каждой частью попеременно). Если установлен союз с вознаграждающей частью, пациент начинает вести себя регрессивно и неадаптивно. Однако при управлении вознаграждающей частью переживается состояние благополучия, и пациент может отрицать свое дезадаптивное поведение. Если активизирован союз с критикующей частью-блоком, пациент проецирует критикующую часть и не переживает депрессии брошенности, но совершает это мало адаптированным способом, что тоже отрицается.

Дефекты в функционировании эго и примитивные механизмы защиты можно определить по истории жизни пациента, а также при помощи наблюдения во время сеанса. Можно наблюдать за вознаграждающей или покидающей-критикующей частями-блоками по истории взаимоотношений со значимыми другими в жизни пациента, а также по трансферентному отыгрыванию с терапевтом.

## **Лечение**

Задача терапевта теперь может быть определена точнее: помочь пациенту превратить отыгрывание в переносе в лечебный альянс



и перенос при помощи терапевтической техники конфронтации. Конфронтация имеет несколько определений. Первое включает агрессию, такую, как конфронтация лоб в лоб, как между Соединенными Штатами и Советским Союзом. Это не то, что имеется в виду в действительности. Скорее подходит второе определение, то есть привлечение внимания пациента, совершаемое с эмпатией и интуицией, но настойчиво, к отрицаемым самодеструктивным дезадаптивным проявлениям его защитного поведения. Когда терапевт использует конфронтацию, то он предоставляет пациенту способности своего эго к восприятию реальности. Пациент посредством процессов идентификации и интернализации интегрирует конфронтацию, исправляя дефект в восприятии реальности и контролируя дезадаптивное защитное поведение, тем самым прерывая защиту против депрессии покинутости. Депрессия “всплывает на поверхность” и, в соответствии с триадой пограничного синдрома, пациент затем снова защищается, а терапевт опять использует конфронтацию. Эта последовательность, наконец, приводит к усилению эго в результате улучшения восприятия реальности, преодоления защиты и сдерживания депрессии.

Психотерапия проводится в три этапа. На первом этапе, этапе тестирования, пациент полагается на патологические защиты для обеспечения уверенности в жизни, потому что может отрицать самодеструктивность. Пациент не склонен передавать терапевту эту функцию до тех пор, пока не узнает, компетентен ли терапевт, стоит ли ему доверять. Только когда получен положительный ответ на эти вопросы, пациент допустит формирование терапевтического альянса.

В конечном счете, пациент постоянно контролирует свои защиты, устанавливает лечебный альянс и в полной мере испытывает депрессию покинутости, таким образом вступая во второй этап терапии — этап тщательной проработки. Теперь конфронтации уделяется существенно меньше внимания, и терапевт может на этом этапе использовать интерпретацию. Жизненно важно помнить, что интерпретация не будет работать, пока не установится лечебный альянс, и пациент не будет иметь экран реальности для сопоставления с интерпретацией.

Третий этап — этап сепарации, когда пациент должен прорабатывать трансферентные фантазии о терапевте как объекте, который обеспечивает поддержку для активизации Я.

## **Иллюстрация конфронтации**

Клинические подробности работы с пациентом-подростком здесь изложены конспективно и обобщенно для того, чтобы обратить особое внимание на то, как содержание интрапсихической структуры проявляется в отыгрывании в переносе, как осуществляется конфронтация и как на нее отвечают. Подробные клинические описания представлены в других публикациях (см. Masterson 1971—1987). Описанные интервенции применимы ко взрослым пациентам так же, как к подросткам.

Франк, 16 лет, конфликтовал с родителями с 12 лет, плохо учился, принимал наркотики — марихуану, ЛСД и метедрин — от депрессии. Он попал в умеренно асоциальную компанию, и его случайно забрала полиция. В раннем детстве он испытал злоупотребления со стороны своей доминирующей матери, которой он уступал. Отец вел себя отчужденно и игнорировал его. Но проявления очевидных симптомов не было, пока они не расцвели в возрасте 12 лет.

### ***Интрапсихическая структура***

Вознаграждающая часть блока объектных отношений Франка состояла из материнского объекта, который был всемогущ, давая полное одобрение и поддержку за подчиненное и льнущее, цепляющееся поведение. Я-репрезентация была как о хорошем, послушном ребенке, который также был всемогущ, совершенно уникален и необычен. Аффектом было ощущение благополучия и того, что он любим.

Критикующая (покидающая) часть блока объектных отношений состояла из частичного объекта, который был доминирующим, депривирующим, критикующим, поглощающим и всемогущим. Часть этого блока, относящаяся к Я-репрезентации, состояла в существовании пресмыкающегося, ничтожного существа, маленькой и беспомощной жертвы, неагрессивной и несамоутверждающейся. Наиболее важной составной частью его глубокой депрессии оставления был гнев. Механизмы защиты патологического эго отчетливо состояли из избегания, отрицания, “цепляния”, расщепления, проекции, проективной идентификации и тяжелого отыгрывания. Патологическое эго создало чередующиеся альянсы

с вознаграждающей частью блока и с критикующей (покидающей) частью блока. Когда имелся первый альянс, депрессия покинутости интернализировалась, и “цепляние” было основным защитным механизмом. Когда имелся второй альянс, депрессия покинутости экстернализовалась и основными защитными механизмами были проекция и отыгрывание.

Альянсы функционировали следующим образом. Сначала в рамках альянса с вознаграждающим блоком он проецировал материнский частичный объект на приятелей, которые давали ему поддержку за соответствие их стандартам приема опасных наркотиков. В то же самое время он тратил много времени, борясь с матерью, и был также в состоянии создавать проекцию вознаграждающего объекта на нее и иметь с ней длинные беседы, которые носили характер воссоединения.

Главный альянс, обнаруженный в клинике, был с критикующей частью блока. Он проецировал “критикующую” объект-репрезентацию обратно на свою мать так же, как на все фигуры, обладающие властью в обществе. С помощью отреагирования своей ярости, испытывая депривацию, он, как казалось, решал свою прошлую проблему в настоящем. Вместо того чтобы быть маленькой, беспомощной жертвой желаний своей матери, он был всемогущим мучителем, и другие становились его жертвами. При терапии первыми вопросами, на которые следовало получить ответы на стадии тестирования, были следующие: буду ли я, терапевт, резонировать и отзываться на его проекцию вознаграждающего блока, или на проекцию критикующего блока, или попеременно на ту и другую? И буду ли я требовать, чтобы он столкнулся со своей депрессией и проработал ее?

### ***Психотерапия амбулаторного пациента***

Я встречался с Франком три раза в неделю, а социальный работник раз в неделю беседовал с его матерью и отцом. На пятом сеансе, отбрасывая свою депрессию, Франк весело атаковал мать, чтобы посмотреть, не поддамся ли я на проекцию его объектной части критикующего блока и не стану ли вместе с ним нападать на нее. Я немедленно начал конфронтацию, высказывая серьезные сомнения в его счастливом настроении. Я сказал, что он определенно выглядит так, как будто получает удовольствие, но что я не могу

поверить, что ему это так приятно. Я сказал, что никто из находящихся в конфликте с матерью не может быть таким счастливым.

Я продолжал бросать ему вызов, говоря дальше, что за его внешним весельем, как я предполагаю, скрыто несчастье, но он не может признать этого. Я продолжал: “Может быть, ты таким способом выражаешь гнев на мать и раздражение ею не только для того, чтобы отдать ей долг, как ты говоришь, но также и для того, чтобы не позволить себе чувствовать себя плохим”. Я развил мысль, что это, к несчастью, не дает его чувствам выйти наружу в наших беседах, в результате их смысл остается неясным. Я отважился сказать, что такие высказывания, возможно, дают ему мимолетное облегчение, но мне кажется, что это приносит ему гораздо больше вреда, чем пользы. Возможно, в его интересах показывать свои чувства во время сеанса и пытаться управлять ими дома. Действительно, сказал я, если его слова о том, что во всем виновата его мать, правдивы, тогда ему следует уйти из дома и нам с ним нечем вместе заниматься. Однако, добавил я, мне кажется, что у нас с ним есть еще много дел.

Франк продолжал дальше испытывать проекцию своего критикующего блока. Он показал, как плохи его дела в школе: “В этом виновата мать. Мне все равно”. — “Это тоже плохо”, — ответил я. Он был ошеломлен этим и спросил: “Что это значит?” Я ответил: “Всегда очень печально видеть, как свои большие возможности человек растрчивает на ссоры, из которых он не может выйти без потерь и оскорблений”. Это привлекало внимание Франка к деструктивности его поведения, чего он не признавал.

Потерпев неудачу с проекцией образа, созданного критикующим блоком, Франк хотел проверить, не откликнусь ли я на проекцию вознаграждающего блока. Он сказал, что если он будет всегда контролировать свой гнев, ему будет плохо оттого, что он меня больше не увидит. Я ответил: “Я опасаюсь, что тебе придется контролировать поведение до тех пор, пока ты можешь приходить ко мне; эта проблема требует длительного времени, и никакие экстренные меры ее не решат”.

Каждый раз, когда он вербализовал свое деструктивное отыгрывание и пытался сделать это своим достоинством, я быстро реагировал, указывая на реальность, которую он отрицал (то есть, что он вредит себе самому), и спрашивал о причинах. Каждая конфронтация с проекцией его критикующего блока заставляла его вновь менять свою защиту и пробовать, не отзовусь ли я на проекцию вознаграждающего блока.

Повторяющаяся последовательность конфронтаций с проекциями его вознаграждающего и критикующего блоков продолжалась в течение 12 сеансов. В этот момент начал формироваться лечебный альянс, и Франк впервые обратился от отыгрывания к рассмотрению того, что его беспокоило, то есть к своим интрапсихическим проблемам.

Он выразил чувство, что был слишком подавлен матерью, что он был отпечатком ее желаний. Он не мог защищаться или самоутверждаться с ее помощью, и это заставляло его чувствовать себя очень подавленным, “как раб”. Он большей частью принимал наркотики, чтобы уничтожить эти чувства. Он добавлял: “Я думаю, у меня внутри чего-то не хватает, я чувствую себя обессиленным. Мне кажется, что я не могу испытывать сильные и безрассудные чувства и не могу ничем управлять (то есть реализовать себя). Я знаю, мне надо этим заняться вплотную, но я не делаю этого. Я не интересуюсь девушками и не соперничаю. Я не могу сказать “нет”. Кажется, я не могу ничего с этим поделать. Я как будто в ловушке, и это заставляет меня чувствовать себя ужасно”.

Лечебный альянс установился, и мы теперь больше не говорили о его проекциях и отыгрывании, а начали приближаться к конфликту, который лежал под его защитами. Конечно, работа с этого момента не развивалась непрерывно в одном направлении, поскольку она следовала характеристикам триады пограничного синдрома — то есть активизация Я приводит к депрессии покинутости, которая вызывает защиты. Поэтому, когда пациент противостоит депрессии, он вновь использует проекции и отыгрывание в переносе, с которыми затем его нужно столкнуть, чтобы вернуться к новому рассмотрению депрессии. Эта последовательность также была подробно описана в других публикациях (см. Masterson, 1971—1987).

## ***Катамнез***

Пациент вновь обратился ко мне в возрасте 24 лет за психиатрическим разрешением для получения места экономиста в ЦРУ. Работа включает, в частности, наблюдение за экономикой России. Он не обращался к психотерапевту после окончания средней школы, уехал в Израиль и вступил в кибуц, а затем служил в израильской армии. Он был хорошим солдатом, но заболел колитом

и был демобилизован. Затем он вернулся домой и последние четыре года занимался в колледже.

Он прослушал ряд курсов, в конце концов избрав экономику как профилирующую дисциплину и русский язык как непрофилирующую. Он учился теперь на выпускном курсе со средней оценкой 3,4 и надеялся получить эту работу в ЦРУ.

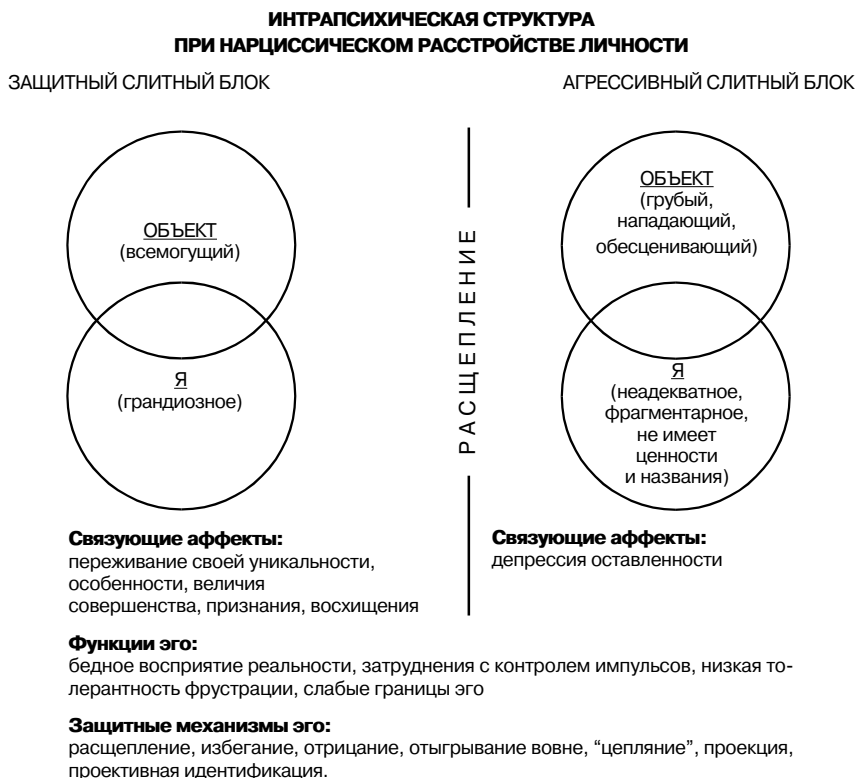
Он сказал, что у него редко бывают проявления симптомов колита, за исключением периодов, когда он испытывает напряжения, и что у него отсутствуют приступы депрессии, с начальством у него конфликтов немного или совсем нет, и он не принимает наркотики. Когда я работал с ним прежде, его агрессия была не только антисоциальной, но самым спортивным из его занятий было мелкое воровство. Теперь, по его описанию, агрессия сублимировалась в более приемлемые формы. Он мог самоутверждаться, не будучи деструктивным, и в спорте, что характерно, интересовался некомандными видами, такими, как карате и ходьба. Он говорил, что справляется со своим гневом, и испытывает его редко. Когда мы коснулись его объектных отношений, он описал свою первую связь с молодой женщиной, которая продолжалась примерно полтора года. Ей было 19 лет, и она также специализировалась в экономике; он описал ее как “молодую хиппи”, которая считает его слишком правильным. Их сексуальные отношения были хорошими. Единственная проблема состояла в том, что она была склонна к собственничеству и ревности, что, по его мнению, могло отразиться на его карьере. Это особенно достойно внимания с точки зрения его проблем с матерью и самоутверждением и агрессией, которые были выявлены при его лечении. Что касается взаимоотношений с родителями, он сказал: “Когда я уехал, они переживали, что я больше не вернусь, и решили предоставить меня самому себе. Когда они позволили мне делать то, что я хотел, оказалось, что я стал делать то, чего они в конечном счете желали для меня”.

Во времена терапии он рационализировал свое использование наркотиков, говоря о том, что все подростки в его доме были на наркотиках. Я отвечал, что думаю, они все плохо кончат. Тогда он обвинял меня в “правильности” и в том, что я не знаю, что происходит на улице. Теперь он сообщил, что каждый из его друзей, принимавших наркотики, либо был мертв, либо в тюрьме, либо в государственной больнице. Он сказал о себе: “Я счастлив, но обстоятельства очень удачно сложились для меня. Я не знаю,

что было бы со мной, если бы этого не случилось”. В этот момент беседы мое любопытство взяло надо мной верх, и я спросил: “Что вы теперь, оглядываясь назад, думаете о своем лечении?” Он ответил: “Ну, я не хочу принижать вас, док, но у меня было просто несколько болезней роста”. Я ответил: “Верно”.

## Нарциссическая личностная организация

### *Интрапсихическая структура*



**Рис. 2. Нарциссическое личностное расстройство**

Интрапсихическая структура (рис. 2) нарциссического расстройства резко отличается от интрапсихической структуры при

пограничном синдроме как по форме, так и по содержанию. Пациент имеет скорее слившиеся Я-объект-репрезентации, чем расщепленные Я- и объект-репрезентации. Содержание этих репрезентаций состоит из представления о грандиозном всемогущем Я и защищающем всемогущем объекте со связывающими аффектами переживания себя совершенным, обожаемым, вызывающим восхищение. Под этим находится слитный агрессивный блок, состоящий из репрезентации объекта как крайне грубого, атакующего, агрессивного, всемогущего, слитой с Я-репрезентацией, содержащей образ себя фрагментарного, не соответствующего требованиям, пустого и разрушенного. Эти представления связаны с аффектом депрессии оставленности. Эго-структура при нарциссических расстройствах подобна эго-структуре при пограничном синдроме в том, что состоит из расщепленного эго с примитивными механизмами защиты. В клинике интрапсихическая структура функционирует, как описано далее.

### *Экзгибиционистское нарциссическое расстройство личности*

Основные эмоции пациента заключаются в переживании грандиозности Я. Он (или она) выставляет напоказ свое грандиозное Я и ищет в терапевте при трансферентном отыгрывании совершенную эмпатию и отзывчивость, то есть восхищение и обожание — зеркальное отыгрывание в переносе. Отсутствие резонанса и “отзеркаливания” нужды в совершенной отзывчивости фрустрируют эту грандиозную Я-защиту и освобождают спрятанный под этим слитный агрессивный блок. Объект-репрезентация проецируется на терапевта, который воспринимается как разочаровывающий и нападающий. Пациент испытывает депрессию и расщепление Я и защищается от этого, либо обесценивая терапевта, либо полностью его избегая.

### *Закрытое нарциссическое расстройство*

Если основные эмоции связаны скорее со слитым представлением о всемогущем объекте, чем с грандиозным Я, пациент не станет демонстрировать свою значительность и ожидать зеркальной реакции. Пациент скорее идеализирует объект, терапевта и обращается к терапевту в поисках идеальной отзывчивости, греясь в



лучах совершенного терапевта — это идеализирующее трансферентное отыгрывание.

Важной и необычной характеристикой защитного грандиозного Я нарциссического расстройства, что резко контрастирует с пограничным синдромом, является способность поддерживать непрерывное действие грандиозного Я и принуждать окружающих к отклику на проекции грандиозного Я. Там, где этого невозможно избежать, всякое воздействие, прерывающее проекции грандиозного Я, отрицается или обесценивается. Вследствие этого нарциссическое расстройство, в отличие от пограничного синдрома, в высшей степени нетолерантно к переживанию депрессии.

## **Интерпретации нарциссической ранимости**

Пациент начинает терапию с отыгрывания в переносе, зеркального или идеализирующего. Терапевт не может использовать конфронтацию с этими проекциями, поскольку это включит нижележащий агрессивный блок, и пациент воспримет это как нападение, и станет реагировать по-своему, то есть обесценивая и избегая. Единственный способ войти в эту, как кажется, субъективную систему — с помощью того, что я называю нарциссическим окном — зеркальной интерпретации нарциссической ранимости пациента по отношению к несовершенствам эмпатии психотерапевта по ходу интервью.

Защите не противостоят, как при пограничном синдроме, но интерпретируют ее как защиту от нарциссической боли. Например, можно вступить в конфронтацию, если пациент с пограничным синдромом опаздывает на сеанс, говоря, что это мешает целям пациента — он сам у себя отнимает рабочее время. Напротив, при нарциссическом расстройстве следует интерпретировать следующим образом: “Для вас, должно быть, очень болезненно говорить здесь о себе, и вы, наверное, чувствуете потребность устраниваться от этой боли”. Цель психотерапии — та же самая, что и при пограничном синдроме, то есть использовать терапевтическую интервенцию, чтобы помочь пациенту превратить отыгрывание в переносе в лечебный альянс и перенос. Это другой тип терапевтического вмешательства.

## ***Установление лечебного альянса при нарциссическом расстройстве личности с помощью интерпритации нарциссической ранимости***

Юноша 16 лет, ученик предпоследнего класса, переживал депрессию, не успевал в школе, хотя имел хороший IQ, страдал от избыточного веса, испытывал затруднения в связи со своими планами поступить в колледж, был в конфликте с родителями.

### ***Интрапсихическая структура***

Этот пациент с закрытым нарциссическим расстройством имел защитный слитный блок грандиозное Я / всемогущий объект, состоящий из объект-репрезентации, в которой объект был всемогущим и идеализированным поставщиком восхищения и обожания. Грандиозное Я поднимало самооценку и эмоциональное равновесие этого идеализированного объекта, отражая его ожидания и отказываясь активизировать Я. Под этим защитным блоком был агрессивный слитный блок, состоящий из объект-репрезентации ужасного, грубого, убийственно агрессивного объекта. Я-репрезентация заключалась в беспомощном, безнадежном, пустом, неадекватном Я со связующими аффектами ужаса и депрессией, под которыми крылась убийственная ярость.

### ***Психотерапия***

Описанные здесь вмешательства применимы ко взрослым пациентам так же, как к подросткам. Интрапсихическая структура пациента функционирует следующим образом. Если он отказывается от индивидуации или активизации реального Я и вместо этого отражает ожидания идеализированного объекта — его родителей, других людей и терапевта — он выполняет свою миссию грандиозности. Это демонстрировалось в отыгрывании в переносе следующим образом. Если я не давал ему ожиданий и стимулов, которым он мог зеркально следовать, таких как вопросы, указания или руководство, он сердился на меня, не умея действовать самостоятельно, и одновременно запускался его нижележащий слитный

агрессивный блок. Я высказал ему тогда зеркальную интерпретацию: “Кажется, для вас в высшей степени болезненно фокусировать свое внимание на себе, и вы обращаетесь ко мне, чтобы научиться ослаблять боль. Если я не принимаю этого на себя, вы чувствуете сильное разочарование и раздражение, и поэтому вам еще труднее посмотреть на себя”. Он отвечал, разочарованно и с раздражением, что не может действовать самостоятельно и что он делает это под влиянием ожиданий других. Таким образом, он подчинялся их ожиданиям, получал одобрение и при этом восстанавливал не только свою собственную самооценку, но также эмоциональное равновесие объекта. Это медленно и постепенно приводило его к выработке особого рода потребности в одобрении — это было не просто одобрение, но в самом деле обожание и восхищение. Он был действительно подобен Св. Франциску Ассизскому, исцелявшему душевное неблагополучие своих объектов божественной магической силой. С другой стороны, когда он попытался установить отношения с женщиной, он почувствовал себя в точности так же, как чувствовал себя на моих сеансах. Она была само совершенство, она была воплощение энергии, а он был беспомощен, все, что он пытался делать, это отбросить собственную активность и пытаться быть ее отражением.

Повторяющиеся интерпретации его отыгрывания в переносе, заключавшиеся в том, что его желание идеализировать и отражать меня были его способом обращения со своей болью и депрессией, когда они возникали, и активизацией Я, постепенно привели к тому, что он стал сдерживать эту проекцию и начал воспринимать меня, своего терапевта, реалистично, и при этом он мог установить лечебный альянс. В результате, конечно, он начал активизировать на сеансе свое Я и концентрировать внимание скорее на себе, чем на мне. Он также мог активизировать Я и вне терапевтической ситуации. Эта активизация Я преодолела его защиты и привела к депрессии оставленности, затем он начал видеть сны. В одном впечатляющем сновидении, например, он разговаривал с отцом по телефону, и внезапно отец появился прямо из телефонной трубки, подобно исполинскому чудовищу, напал на него и пытался убить его; он был в ужасе. Иначе говоря, агрессивный слитный блок, лежавший под поверхностным защитным блоком грандиозное Я/всемогущий объект, теперь проявился, создавая условия для прорабатывания на сеансах.

## **Контрперенос**

Нельзя обсуждать психотерапию нарциссического расстройства и пограничного синдрома, не сказав несколько слов о контрпереносе. Причина того, что контрперенос при этих расстройствах проявляется столь сильно, по моему мнению, состоит в комбинации интенсивности отыгрывания в переносе проекций пациента и человеческой ранимости терапевта.

В начале терапии пациенты не стремятся к улучшению своего состояния, так как это разбудило бы депрессию. Эти пациенты приходят, чтобы заставить терапевта откликаться на их проекции. Если это защитная проекция, они чувствуют себя лучше, и терапия останавливается. Если это проекция нижележащей патологической ярости и депрессии, они освобождаются от всякой ярости, которую они не могут выразить терапевту как дети, и терапия останавливается. Значит, в начале терапии проблему представляет собой терапевт. Поэтому жизненно необходимо, чтобы психотерапевт сохранял терапевтическую нейтральность как предохранительное средство против напора этих проекций. Нейтральность терапевта создает рабочую основу для развития лечебного альянса.

## ***Ранимость психотерапевта***

Уязвимость терапевта в отношении резонирования с проекциями его пациентов частично обусловлена тем, что одна из мотиваций пациентов посещать терапевта состоит в том, что я называю фантазией спасения. Иными словами, в той степени, в которой Я терапевта ограничено в своем собственном развитии, терапевт создает проекции этого ограниченного Я на пациента, а затем делает для этого Я то, что он обычно, как ребенок, хочет, чтобы для него делали. Если терапевту повезло с родителями, его развитие было здоровым и его Я- и объект-репрезентации хорошо дифференцированы, то эта индивидуальная динамика станет основой для успеха в работе, потому что терапевт в самом деле поможет пациенту восполнить депривации, возникшие в детстве. Но если терапевту не столь повезло с родителями, они были не так уж здоровы, в собственном развитии терапевта было много травм, и в результате Я- и объект-репрезентации терапевта недостаточно дифференцированы, терапевт заканчивает тем, что создает проекции своего депривированного Я на пациента и, по существу, занима-

ется собой. Пациенту это нравится, потому что тогда он не должен работать.

Для терапевта решающее качество — чутко распознавать собственную контртрансферентную уязвимость. Терапевт, который не может ее контролировать, должен либо обратиться за помощью к супервизору, либо, если необходимо, не браться за лечение таких пациентов, которые могут вызвать не контролируемый им контрперенос. Это ни в коем случае не следует считать большим недостатком терапевта. Поскольку мы сделаны из того же теста, что и наши пациенты, то в соответствии с реальностью, нельзя думать, что мы совершенно свободны от контрпереноса.

С моей точки зрения, для терапевта неумно выдерживать мучительную и длительную борьбу с контрпереносом, основанным на уязвимости, связанной с развитием. С другой стороны, если такая ранимость настолько сильна, что ее нельзя взять под контроль с помощью супервизора, значит, она нуждается в лечении. Если и лечение не поможет справиться с ней или взять ее под контроль, тогда должен встать вопрос, правильно ли данное лицо избрало себе род работы.

## **Резюме**

Для установления лечебного альянса при этих двух расстройствах требуются различные техники. Теория развития Я и объектных отношений помогает нам понять, почему лечебный альянс представляет собой решающее условие и как действовать, чтобы его установить: при пограничном синдроме с помощью конфронтации и при нарциссических расстройствах личности посредством интерпретации нарциссической ранимости.

Различия в работе с двумя этими расстройствами выходят за пределы техники, потому что терапевт также должен сместить центр внимания и быть бдительным при наблюдении за контрпереносом. При пограничном синдроме внимание в основном направлено на дезадаптивное поведение вне терапевтических сеансов, с упором на конфронтацию; нарастающая контртрансферентная уязвимость проявляется либо в критике, либо в нападении на пациента. Напротив, при нарциссическом личностном расстройстве внимание уделяется не поведению вне сеансов, а нарциссической уязвимости на сеансах в отношениях с терапевтом. В качестве терапевтической техники применяют интерпретацию, а не конфронтацию,

и уязвимость в контрпереносе состоит из недостатка эмпатии, реального или воображаемого. Это различие в терапевтической атмосфере придает особую ценность гибкости психотерапевта и способности принаравливать свои методы работы к этим различающимся расстройствам.

Возможно, это требование как к личностной зрелости, так и к профессиональной компетенции как раз помогает объяснить трудности при психотерапии этих расстройств и некоторые случаи неудач терапии. Не пациент оказался не в состоянии выполнить работу, а, скорее, терапевт испытывает трудности в создании условий, которые облегчили бы пациенту эту работу. Пока мы не в состоянии выполнить последнее, мы не можем ожидать, что пациент справится с первым.

## Литература

Freud, S. (1953). Further recommendations in the technique of psychoanalysis: Recollection, repetition and working through. *Collected Papers*, Vol.II (pp. 366—376). London: Hogarth Press.

Masterson, J.F. (1971). Diagnosis and treatment of the borderline syndrome in adolescents (in French). *Confrontations Psychiatriques* (Paris), 7, 125—155.

Masterson, J.F. (1972a). *Treatment of the borderline adolescent — A development approach*. New York: Wiley.

Masterson, J.F. (1972b). Intensive Psychotherapy of the adolescent with a borderline syndrome (in Spanish). *Cuaderno de la ASAPPIA*, 3, 15—50.

Masterson, J.F. (1976). *Psychotherapy of the borderline adult: A development approach*. New York: Brunner/Mazel.

Masterson, J.F. (1978). The borderline adult: Therapeutic alliance and transference. *American Journal of Psychiatry*, 135, (4), 437—441.

Masterson, J.F. (1980). *Psychotherapie Bei Borderline-Patienten*. Germany: CIP Kurztitelaufnahme der Deutschen Bibliothek.

Masterson, J.F. (1981). *Narcissistic and borderline disorders: An integrated developmental approach*. New York: Brunner/Mazel.

Masterson, J.F. (1983). *Countertransference and psychotherapeutic technique: Teaching seminars on psychotherapy of the borderline adult*. New York: Brunner/Mazel.

Masterson, J.F. (1985). *The real self — A developmental, self and object relations approach*. New York: Brunner/Mazel.

Masterson, J.F. (1987). Borderline and narcissistic disorders — An integrated developmental object relations approach. In J.S. Grotstein, M.F. Solomon, & J.A. Lang (Eds.), *The borderline patient: Emerging concept in diagnosis, psychodynamics, and treatment* (Vol. I, pp. 205—217). New Jersey: Analytic Press.

Masterson, J.F., & Rinsley, D.B. (1975). The borderline syndrome: The role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *International Journal of Psychoanalysis*, 56 (II).

## *Дискуссия с Хелен Сингер Каплан*

Моя теоретическая позиция сильно отличается от позиции доктора Мастерсона. Я не пользуюсь теориями развития эго или объектных отношений. И не провожу различий между пограничным синдромом, нарциссическими и невротическими расстройствами. Но не в этом дело. Здесь не место для обсуждения теоретических различий. Я не хочу из-за теоретических расхождений выплеснуть вместе с водой и ребенка, поскольку доктор Мастерсон — это совершенно выдающийся интуитивный мыслитель, и я хотела бы сосредоточиться на вопросах, которые он поставил.

Вы можете понять, какой замечательный психотерапевт Джим Мастерсон, когда он говорит о пациентах. Когда я впервые прочла главу, я сказала себе: “Да, конечно”. Но когда кто-нибудь, прочитав что-то, говорит “Да, конечно”, это означает “Какое великое новаторство!”, потому что действительно новые творческие шаги часто поражают людей своей естественностью и очевидностью.

Мы все используем конфронтацию, чтобы вовлечь пациентов, самодеструктивных вне ситуации терапии, и прибегаем к интерпретации в случаях с ранимыми пациентами. Но я никогда не задумывалась над критерием, когда нужно пользоваться конфронтацией, когда я на деле последовательно стараюсь быть эмпатичной или нахожу себе извинения за то, что не проявляю достаточно эмпатии. Джим дает прекрасное описание таких интервенций, как конфронтация и “отзеркаливание”. Он подчеркнул также важность тщательного выяснения характеристик пациентов, с которыми работает одна интервенция, и характеристик тех пациентов, с которыми работает другая. Поэтому я думала о некоторых из моих случаев. Конечно, с некоторыми пациентами я снова и снова использую конфронтацию. Я даже провожу интерпретацию сновидений, противостоя самодеструктивному поведению. Очень часто я использую сновидения для того, чтобы сказать: “Это система раннего предостережения, сообщение от вашего бессознательного, что вы делаете что-то саморазрушительное”. И это конфронтация, вовлекающий терапевтический маневр, используемый с пациентами определенных типов.

С другими пациентами я никогда не использую конфронтацию, а неизменно оказываю поддержку. Это бывает при работе с парами, когда я поддерживаю более ранимого партнера для улучшения

отношений. Например, это возможно с человеком, влюбленным в нарциссическую личность — даже если он (или она) являются сами не нарциссическими, а вполне здоровыми личностями. Но эти взаимоотношения, этот сексуальный союз никогда не осуществится, пока ненарциссический партнер не станет постоянно эмпатичным и поддерживающим ранимого партнера. Такие взаимоотношения могут прекрасно функционировать, но постоянная поддержка существенна для построения сексуального союза в таких парах.

Рассмотрим применение нового метода инъекций в половой член при импотенции. Некоторые женщины оказались повышенно чувствительными к этому. Я не знаю, отвечают ли они всем критериям классификации DSM-III для постановки диагноза пограничного синдрома, но существуют определенно отвергающе-сензитивные, погруженные в себя типы женщин, которых шокируют эти инъекции и которые отказываются от половой близости с мужчиной по этой причине. Кажется, они думают: “Если он не может возбудиться из-за меня, это ужасно оскорбительно”. Но если вы работаете с такими женщинами и рекомендуете мужьям быть сверхэмпатичными и оказывать постоянную поддержку, это может помочь. Одна из стратегий состоит в том, чтобы муж подождал, когда его нарциссическая жена попросит его применять эти инъекции, и объяснить ей: “Я хочу делать эти инъекции только для того, чтобы заниматься любовью *с тобой*”. Это может сработать.

Это, кстати говоря, свидетельствует о том, что, на мой взгляд, методы Джима выходят за пределы способов вовлечения пациентов с нарциссическими расстройствами и пограничным синдромом в психоаналитическую, психодинамически ориентированную терапию. Они имеют ценность и полезны и для других типов пациентов и в других клинических ситуациях.

Формирование лечебного альянса важно в сексологической терапии. Это лечение требует больших эмоциональных затрат. Мы постоянно снимаем защиты пациентов против хорошего секса и близости, убеждая их пережить терапевтический опыт интимного и эротического характера, которого они прежде избегали, потому что испытывали сильный страх. Большинство пар становятся очень ранимыми в процессе лечения. Пока у вас нет прочного лечебного альянса, вы не сможете этим заниматься. Поэтому мы пользуемся техниками быстрого установления лечебного альянса с обоими партнерами на самых первых сеансах. На втором или третьем



сеансе мы уже должны иметь прочный альянс, в противном случае успеха не будет.

Сексологи-терапевты должны проявлять действительно большую эмпатию по отношению к обоим партнерам и все время укреплять их во мнении, что они имеют право получать удовольствие от секса. Исходящее от авторитетного лица, это “разрешение” может быть очень значительным, и это мощный метод. Например, мы можем, узнав, что пациент неохотно допускает самостимуляцию, воскликнуть: “О, вы мастурбируете! Чудесно!” Конечно, если в обычной жизни, когда семья сидит за столом, обсуждая сегодняшние события, ребенок скажет: “Я занимаюсь мастурбацией”, ему не ответят: “Разве это не чудесно!” Мы, терапевты, говорим другие слова, в поддержку удовольствия. Часто этого достаточно для людей, у которых есть мотивация к излечению их сексуальных нарушений. Однако у пациентов с пограничным синдромом, психотиков, невротиков также развиваются сексуальные нарушения, и мы можем улучшить сексуальную жизнь некоторых из них, не пытаясь восстановить личность.

Пациенты с сопутствующими расстройствами личности трудно поддаются сексологическому лечению. Такие пациенты многому меня учат, поэтому так важны техники вовлечения их в процесс терапии. Итак, вы достигнете большого успеха в улучшении отношений в паре, если сможете сделать партнеров сензитивными к тем же самым моментам, которые возникают на сеансах терапии, и научить применять их в своей повседневной жизни.

## Вопросы и ответы

**Вопрос:** Не можете ли вы обсудить клинические характеристики декомпенсации как эффект лечебного альянса? И отличается ли декомпенсированный нарцисс от декомпенсированного пациента с пограничным синдромом?

**Мастерсон:** Да, соответственно ожидаемым параметрам. Влияние зависит от стадии лечения. Например, вы можете ожидать, что у пациентов с нарциссическим расстройством желание вызывать обожание и восхищение сменится на сильный гнев и обесценивание ваших достоинств как терапевта, как только они разочаруются. У пациентов с пограничным синдромом вы часто обна-

ружите мощную критикующую и атакующую проекцию, но вскоре вы получите усиление депрессии оставления.

Раньше было принято говорить, что нельзя проводить никакого интенсивного лечения пациентов с пограничным синдромом, потому что вы получите длительное и тяжелое состояние с приступами сильного гнева, но я никогда не видел, чтобы это происходило без наличия ятрогенного компонента. Например, некоторые терапевты считают, что пациенты должны осознавать то, что они чувствуют, и выражать это, чем бы оно ни было. Если пациенты в ярости, им приходится демонстрировать ярость. Если пациенты прекращают раздражаться или прорабатывают свое раздраженное состояние с матерью, терапевт думает: “Это хорошо”. Однако реально происходит, что они занимаются отыгрыванием в переносе и сбрасывают свой гнев на терапевта. Если их нельзя остановить, то лечение с этого момента не может продолжаться.

**Вопрос:** Доктор Мастерсон, вы упомянули, что при работе с пограничным синдромом вы можете идти в одном из двух направлений: либо заниматься относительно краткосрочной терапией, то есть пару лет, или проводить более интенсивную работу, чтобы разрешить депрессию покинутости. Иногда человек хочет приходить на сеансы только раз в неделю пару лет. За этот период достигается значительное улучшение; человек приобретает возможность функционировать на более высоком уровне. Пациент может работать, более эффективно строить отношения в семье и т.д. Однако пациент продолжает говорить: “Я чувствую пустоту внутри и т.д.” При этом пациент не соглашается на более частые встречи — два или три раза в неделю. Как вы выходите из такого положения? Прекращаете терапию?

**Мастерсон:** Очень часто цели пациента и наши оптимистические цели не совпадают. И, к несчастью, важны цели пациента, а не наши. Вот как я поступаю в ситуациях такого рода. Если речь идет о пациенте с пограничным синдромом низкого уровня, то есть с серьезными нарушениями, адаптация которого резко возросла, но который все еще испытывает некоторое чувство пустоты и все же не хочет продолжать лечение, я просто соглашаюсь на это, и лечение прекращается. Я не предлагаю другого, потому что для многих пациентов с пограничным синдромом низкого уровня не-

возможна проработка депрессии оставления. Поэтому что можно предложить?

**Вопрос:** О'кей. Я думаю, вы можете пойти здесь дальше. Ведь пациент говорит: “Несмотря на то, что у меня успехи и я адаптируюсь, я все еще чувствую эту пустоту”. Когда вы станете завершать терапию? Я все еще чувствую, что мне что-то следует сделать.

**Мастерсон:** В таком случае вы должны прибегнуть к конфронтации с пациентом. “Есть еще много дел, почему вы не хотите этим заниматься?” Кстати, есть и еще одно объяснение. Помните, если подходит завершающая фаза, пациент может чувствовать пустоту просто потому, что это завершающая фаза. Тогда вам придется поработать с этим, чтобы понять, вызвано ли это просто фазой завершения или за этим что-то кроется.

**Вопрос:** Если пациенты не соглашаются на более интенсивное лечение два-три раза в неделю, тогда вы просто говорите: “Ну что ж...” Ответ такой?

**Мастерсон:** Сначала вам следует это выяснить с ними. Терапевт — это единственный человек, кто в состоянии выносить суждения о том, что лучше для пациента. Пациент не может этого сделать, семья тоже этого не может. Только положение терапевта позволяет ему сделать это. Вот за это они вам платят. Вам придется пустить вашу монету в ход, нравится вам это или нет, и нравится ли это им или нет. Вам придется противостоять им. “Я думаю, причины вашего нежелания продолжать — те же самые, о которых мы говорим несколько лет; то есть вас тревожит столкновение с этим неприятным ощущением. Вам принесет огромную пользу, если вы решитесь на это”.

**Вопрос:** Если вы работаете с супругами или членами семьи, то что вы можете посоветовать, чтобы помочь взрослому пациенту с пограничным синдромом или нарциссическим расстройством?

**Мастерсон:** Если они приходят вдвоем, мы начинаем проводить супружескую терапию. Но если к вам пришел для терапии взрослый человек, то в интересах лечения сделать как можно больше с этим пациентом и не вовлекать членов семьи. Прежде всего, на

нашей ответственности как взрослых людей — иметь дело с другими в нашей жизни. Если вы привлекаете других, то вы просто берете на себя некоторые функции пациента.

Иногда вам приходится делать это. В клинической работе нет белого и черного. Исключением может быть ситуация, когда патологическое поведение таково, что пациент не может владеть собой, когда возрастает его Я-активизация. Тогда вам придется что-то еще с этим сделать. Что вы имеете в виду?

**Вопрос:** Если один из супругов делает другого совершенно сумасшедшим и единственная альтернатива — прекратить отношения, можно ли как-то работать с супругом, чтобы сделать его более подходящим, чем он был до терапии?

**Мастерсон:** Если я работаю с пациентами, остаются ли они со своими супругами, это не вопрос. Я работаю большей частью с интрапсихическим аспектом пациента. Что же происходит? Пациенты начинают терапию с не очень активизированным Я. Если они состоят в браке, то обычно недостаток активности усиливается. Когда их Я-активность начинает расти, то баланс нарушается, и приходится устанавливать новое равновесие. Иногда супруг может измениться и приспособиться к этому, а иногда нет. Мой ответ — обратить внимание пациента на последствия этих взаимоотношений. Тогда решение, что делать, остается за пациентом.

Если ситуация в жизни пациента не предоставляет поддержки ценности его Я и Я-активизации, это приводит к ослаблению его способности к росту. Как пациент хочет с этим поступить — решать ему.

**Вопрос:** Я знаю случай применения супружеской терапии к нарциссическому расстройству. Я уверен, что вы согласитесь, что это довольно бесполезное занятие — проводить супружескую терапию, поскольку человек будет чувствовать себя атакованным.

**Мастерсон:** Нет, это не бесполезно. Мы делали это. В одной из наших книг “Психотерапия расстройств Я” (*Psychotherapy of the Disorders of the Self*) мы описали мужчину с эксгибиционистски-нарциссическим расстройством и женщину с закрытым нарциссическим расстройством, которые составляли пару. Еще один терапевт и я проводили сеансы индивидуально с каждым. Между этими

двумя проходили такие сражения, что мы решили добавить совместные интервью. Итак, на объединенном сеансе нас было четверо. Вначале мы не были большими оптимистами. В классическом японском фильме “Расёмон” четыре человека, видевшие одно и то же, отнеслись к этому так, как будто они пережили четыре различных происшествя. По сходной причине мы никогда не просили этих двух пациентов рассказывать об одинаковых событиях одинаковым способом. Долгое время мы думали, что они рассказывали о двух различных вещах, а не об одном и том же. Случайно выяснилась причина этого. Когда событие произошло в реальной жизни, оно прошло через фильтры нарциссических способов видения, которые основательно исказили то, что действительно случилось.

В самом деле мы достигли неожиданного успеха с этими двумя, дав им возможность отказаться от некоторых своих нарциссических требований. Когда доктор Каплан упомянула о пациенте, влюбленном в человека с нарциссическим расстройством, я был полностью согласен; конечно, мы встречались с этим. Но возможно ли для нарцисса влюбиться в кого-нибудь? Это большой вопрос.

**Вопрос:** Вместо того, чтобы работать с ними индивидуально, вы стали стремиться принимать их вместе?

**Мастерсон:** Нет. Чем быстрее вы сможете привести их к индивидуальной терапии, тем лучше. Работая с парами, мы показываем проекции партнера. С нарциссическими нарушениями мы используем интерпретацию, с пограничным синдромом — конфронтацию. В определенный момент работы пациент начинает осознавать, что все эмоции, которые он проецировал на супруга, в реальности ему не принадлежат. Они в его голове и принадлежат их прошлому. Когда они приходят к этой фазе, мы можем перейти к индивидуальной терапии. Если оба супруга имеют пограничную личностную организацию, рассмотрите сами выгоды, потому что вы занимаетесь конфронтацией с обоими, и это действует синергически — и работает. Когда пара включает партнера с пограничной и партнера с нарциссической личностной ориентацией, вам предстоит ухабистая, каменистая дорога.

**Вопрос:** Что можно сказать о групповой терапии пациентов с пограничным синдромом и нарциссическим расстройством?

**Мастерсон:** Групповая терапия прекрасно работает для пациентов с пограничным синдромом. Она синергично действует с индивидуальной терапией. Мы применяем ее. Единственное важное соображение состоит в том, что пациент с пограничным синдромом исходит из того, что мы называем диадической структурой. В психике имеется только два представления: Я- и объект-представление. Важность этого для клиники состоит в том, что пациент имеет симбиотически собственническую фантазию о вас как о терапевте; это стимул, который вызывает у пациента готовность терпеть болезненные аффекты. Когда бы вы ни привели других людей, как это бывает в группе, пациенты с пограничным симптомом поступают при этом одинаково: они меньше вкладываются в вас, потому что вы фрустрировали симбиотическую фантазию. На практике в супружеской или групповой терапии последствия состоят в том, что, вероятно, вы не сможете проработать депрессию оставления. У вас будет недостаточно переноса. Но вы можете достичь всех результатов конфронтационной терапии в этих формах работы.

**Вопрос:** Как насчет применения групповой терапии в соединении с индивидуальной для пограничного синдрома? Одни и те же терапевты проводят и то, и другое?

**Мастерсон:** Нет, я не думаю, что этим надо заниматься. Я проводил ряд консультаций, когда терапевт начинал работать с пограничным синдромом индивидуально, а потом вводил пациента в свою группу, и в группе тот впадал в ярость и уходил, потому что переживал это как оставление. Идеальный вариант, если это возможно, проводить индивидуальную терапию самому и иметь коллегу, который работал бы с группой.

**Вопрос:** Доктор Мастерсон, не могли бы вы рассказать еще немного о трудностях работы с пациентами с пограничным синдромом? Что происходит, когда терапевт уходит в отпуск? Что можно сказать, если пациент, возможно, суицидален, и в то время, как госпитализация может не требоваться, ежедневные контакты могли бы помочь? Я говорю о моем собственном случае. Не перестарался ли я в своей заботливости, когда счел, что нужен ежедневный контакт?

**Мастерсон:** Отпуск — это проблема не только для пациентов, но также и для психотерапевтов. Я знаю, что многие терапевты,

уезжая, испытывают чувство вины. С пациентами с пограничным синдромом и нарциссическим расстройством вы как бы ходите по канату. Даже когда вы понимаете, что стресс сепарации тяжел для них, вам придется вести себя так, как будто вам это не приходит в голову. Причина в том, что ваш отпуск — это не стресс. Это только усиление и ускорение первоначального раннего стресса. Поэтому дайте им модель, как к этому относиться. Например, не надо говорить пациентам: “Ну, я знаю вашу проблему сепарации, поэтому через полгода я вас покину на две недели. Я даю вам время привыкнуть к этой мысли”. Если вы говорите так, то передаете свою собственную озабоченность по поводу сепарации. Я склонен говорить пациенту заранее, на какой срок я собираюсь уехать. Как только вы говорите пациентам, что собираетесь отсутствовать, они снижают свой вклад в работу. Как только вы сообщили это пациенту, не пытайтесь проводить радикальное лечение, отступите немного.

Например, предупредив об отъезде, не слишком интересуйтесь их реакцией. Если они не заводят об этом разговор, вы выбрасываете это из головы. Я говорю пациентам: “Я собираюсь уехать” — и пишу эти слова внизу в моих записях, чтобы быть готовым к тому, что они станут утверждать. Они вновь приходят через две недели и говорят: “Вы мне не сказали, что собираетесь уезжать. Как вы могли так поступить?” — “Вот здесь пометка, что я вас предупредил”. Лишь на более поздних стадиях лечения они будут действительно готовы работать с аффектами, связанными с сепарацией. Нет смысла торопиться с этим.

То же рассуждение применимо при возвращении из отпуска. У пациентов накопилось то, что мы называем “подарок с каникул”. Первый день в офисе по возвращении — это самый длинный день недели, потому что они собираются вылить весь свой гнев и депрессию, которые у них накопились, пока вас не было. Вы ничего не должны с этим делать, только слушайте и позволяйте им разряжаться.

По возвращении также не предпринимайте радикальных мер лечения до тех пор, пока не восстановится вовлеченность в процесс работы. Однако очень медленно — по-разному с каждым пациентом — вовлеченность в перенос будет восстанавливаться полностью. До отпуска они работали на определенном уровне в определенном отношении, сразу после возвращения этого нет. Когда вы вернулись, ожидайте, чтобы это восстановилось. Тогда вы сможете работать.

Идея иметь ежедневный контакт по телефону во время отпуска не годится. В этом содержится неправильное сообщение. Вы должны передавать пациентам вашу уверенность в их способности к самоактивизации и самостоятельности. Пусть они скажут вам, что им это не удастся, и тогда работайте с этим. Но в основном вы должны внушать уверенность.

Если у вас есть пациент со склонностью к суициду, пусть в ваше отсутствие с ним кто-нибудь работает вместо вас, или поместите его в больницу. Такое клиническое решение само по себе — сообщение относительно вашей уверенности в пациенте, и он (или она) интерпретируют это таким образом. Например, когда я уезжаю, я тщательно продумываю, кому что сказать. Если пациент с нарушениями высокого уровня, я не скажу ему, что кто-то будет замещать меня.



## Льюис Волберг ЭВОЛЮЦИЯ ПСИХОТЕРАПИИ: ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ

*Льюис Волберг занимался психиатрией и психотерапией более 50 лет. Степень доктора медицины он получил в 1930 году в медицинской школе колледжа Тафтс.*

*Он автор, соавтор и редактор 26 книг, а также 35 глав из книг и громадного количества статей. Он является основателем центра последипломной подготовки в области психического здоровья в Нью-Йорке, с которым он связан с 1945 года, а также членом совета основателей Американской академии психоанализа.*

*Волберг напоминает нам о важном вкладе и месте психоанализа. Выступая против узости подходов в аналитических и неаналитических школах, он возвышает эклектизм: такая тактика облегчает достижение целей анализа, а не затемняет их. Волберг говорит о важности сопротивления — сопротивления не только пациента, но и психотерапевта, который остается доктринером, озабоченным чистотой догм.*

Название конференции — “Эволюция психотерапии”. Поэтому кажется уместным сказать кое-что о современных событиях, формирующих эволюционные силы, и высказать некоторые догадки относительно будущего. Последнее я делаю с некоторым трепетом, поскольку история показала, что пророки, от Исайи до Герберта Уэллса, говоря о будущем, были обескураживающе неточны.

Статистические данные могут ввести в заблуждение, но их также надо интерпретировать, и возможность ошибок в расчетах велика, потому что изменения многих базовых переменных быстротечны и не контролируются нами. Примером может служить практика американского бизнеса. Планы, проекты на более чем пять лет становятся ненадежными, потому что финансовые, политические, социальные и предпринимательские факторы служат помехой

точности прогнозов (*Newsweek*, November 26, 1973, стр. 101). Однако не так давно группа ведущих компаний организовала “Институт Будущего” для проведения всесторонних исследований будущего. Прогноз “Project Aware”, помимо таких попутных предсказаний, как то, что пижамы и нижние панталоны выйдут из употребления, предрекает рост преступлений, связанных с жестокостью и насилием, и окончательное превращение медицины в часть общественного механизма, что вносит смятение в ряды Американской медицинской ассоциации. Помимо компьютерных расчетов, проведенных институтом, несколько предсказателей-фармакологов возвестили наступление через 10—20 лет психологического золотого века, который принесут новые чудодейственные лекарства и вживленные в мозг электроды; они обеспечат беспрерывное блаженство для всех людей на планете. Это пророчество было попыткой вульгарного оптимизма, которому помешала подлинная суть этого прогноза, лишавшая психотерапию будущего. Мы должны признать, что все относящееся к психическому здоровью в грядущие времена, не следует отделять от непредвиденных событий в реальном мире, будь то геополитика или экономика. Такие события не всегда несут с собой добро.

В 1932 году, когда я был ассистентом в бостонской психиатрической больнице (теперь Центр психического здоровья штата Массачусетс), Карл Бауман, директор клиники, как-то сказал во время утреннего обхода: “Настанут печальные дни, если экономика когда-нибудь станет определять, как нам лечить наших пациентов”. Что ж, кажется, для нас настали печальные времена теперь, когда вполне серьезно обсуждается возможность группировать диагнозы по признаку возможности оплаченной страховки, поощряется рыночная конкуренция между организациями, предоставляющими медицинские услуги, и все здравоохранение проникнуто корпоративным духом. И хотя выдвигаемые сегодня планы не осуществляются в точности, способы оказания помощи неизбежно изменятся. Например, ограничение количества времени, отводимого пациенту, неизбежно повлечет за собой сужение терапевтических задач. Это вынудит планировать более всестороннее лечение для достижения избранных целей и потребует использования широкого спектра вмешательств, эффективность которых известна в случае специальных синдромов и определенных симптомов.

Поскольку оплата помощи в сфере психического здоровья выросла, при распределении денежных фондов стало важным, на что

тратятся деньги. Возникли вопросы, связанные с эффективностью психотерапии, и были установлены строгие ограничения на вознаграждение. Организации, которые платят, сегодня считают, что наиболее подходящая цель психиатрического лечения — это социальная адаптация и более или менее приемлемое трудоустройство пациентов. В связи с этим лечение переориентировалось на обучающие и поддерживающие техники с акцентом на кризисные интервенции, уменьшение стресса и предпочтение “модели здоровья”, а не “болезни”. Главной жертвой стала долгосрочная терапия, направленная на восстановление личности; особыми мишенями были психоанализ и реконструктивная психотерапия в целом.

Без всякого преувеличения можно сказать, что для психоанализа настали тяжелые времена. Междоусобные столкновения, проблемы валидности его метапсихологии, муссирование вопросов его “экономической эффективности”, вторжение практичных краткосрочных методик, сокращение ассигнований на медицину и соревнование с “менее обученными” конкурентами потрясли то, что когда-то считалось образцом психотерапии. Хулители психоанализа непочтительно считают его мозаикой напыщенных заповедей и метапсихологических лозунгов и настойчиво твердят, что мы мало что можем спасти из обломков его крушения. Его верные приверженцы указывают, что истины, лежащие в основе психоанализа, более чем перевешивают его просчеты. Каковы бы ни были его недостатки, настаивают они, психоанализ уже проник в каждую рудоносную жилу области психического здоровья, и невозможно усомниться в его пригодности и живучести. Мы можем задать законный вопрос: какое будущее у этого аристократа среди психотерапевтических направлений?

Несколько лет назад я спросил у Франца Александера, где, по его мнению, главный центр психоанализа. Александер передал мне разговор, который был у него с Фрейдом в Лондоне за несколько лет до кончины основателя психоанализа. В ответ на вопрос Александера, что он думает о будущем анализа, гениальный старик сказал: “Франц, я не боюсь противников психоанализа, меня беспокоят его приверженцы и друзья”.

Фрейд, вероятно, имел в виду желания его сторонников внести изменения в его идеи. В своей последней и, возможно, наиболее важной клинической статье “Анализ: конечный и бесконечный” Фрейд утверждал, что психоанализ — это длительное предприятие с неопределенным исходом. Это высказывание было раз-

вито и интерпретировано критиками как некролог психоанализу. Многие приверженцы чувствовали, что Фрейд ослабил их, выразив недостаточную веру в свое собственное каноническое учение. Они были также взволнованы заигрыванием Фрейда с такими отступлениями, как краткосрочная терапия, и с другими отклонениями от классической техники. Александер сказал мне, что Фрейд тогда ехидно заметил: “Франц, если бы я сейчас описывал свои наблюдения, многое я бы изменил, но боюсь сделать это, потому что это не понравится нью-йоркской группе”.

То, что Фрейд обронил как шутку, имело серьезное отношение к будущему не только психоанализа, но и всей психотерапии. Многие профессионалы являются заложниками своей ригидности, возникшей в начале обучения. В результате область психического здоровья была и остается поделенной непримиримыми группировками, марширующими под барабанный бой своих застывших профессиональных императивов. В избытке существуют конкурирующие модели, каждая претендует на свою суверенность и на объяснение в своих собственных философских и лингвистических терминах, как люди становятся невротиками и излечиваются.

Пятьдесят лет назад я был в гуще исторической полемики, которая дает тягостную иллюстрацию этого явления. Я проходил психоаналитическую подготовку в Нью-Йоркском Психоаналитическом институте, когда Карен Хорни подняла свои паруса и пустилась в плавание прочь от классической теории. Ее идеи были опубликованы в книге “Невротическая личность нашего времени” (1937), которая вызвала энтузиазм в студенческой среде и испуг на факультете. Эдипов комплекс больше не был центром психопатологической вселенной. Вместо этого центром базового конфликта человека стали считаться превратности структуры характера. Разразилась дискуссия и, наконец, Хорни “оставила Институт” или “была уволена”, в зависимости от того, кто излагал легенду ее неудачи. Таким образом Хорни присоединилась к длинному перечню отступников, чья нелояльность по отношению к Фрейду во мнении ортодоксальных приверженцев определяла их место среди тех, кто тормозит прогресс науки.

Были на факультете люди, которые не подписались бы в точности под формулировками, предложенными Хорни, но, тем не менее, поддерживали ее право выдвинуть эти предложения. Им тоже пришлось испытать на себе жгучее клеймо неодобрения; и в один роковой вечер, когда занятия еще продолжались, мы сопро-

вождали Хорни от дверей Института по тротуарам Нью-Йорка к нашим любимым деликатесам на Бродвее под названием “Тип-Тоу-Инн”\*. В то время я всегда чувствовал, что в истории психоаналитического движения недостаточное значение придавалось местным деликатесам. В “Тип-Тоу-Инн” новаторские выступления были как минимум так же остры, как здешнее копченое мясо. Именно здесь родилась новая организация — убежденные сторонники терпимости к неортодоксальным взглядам в психоанализе. Кстати, она называлась “Общество за прогресс в психоанализе”. нас было около 20 человек тогда, и мы горели энтузиазмом. Дул свежий бриз эмпиризма; мы не могли больше терпеть обвинения или же оставаться хранителями закостеневших психологических теорий.

В то время я был в штате Медицинского колледжа Нью-Йорка, Флауер-Хоспитал на Пятой Авеню, а моя жена работала там в качестве шефа социальной службы. У меня возникла идея, что медицинская школа была бы хорошим местом для нашего научного общества. Разделяя мой пыл, жена предложила мне, чтобы я поговорил с профессором Стефеном Джуэттом, главой отделения психиатрии: он был равнодушен к психоанализу, проходил в свое время анализ у Шандора Ференци. Джуэтт согласился на то, чтобы мы привели новую группу в Медицинский колледж. Однако скоро свежий бриз стих, и возник новый догматизм, он вызвал появление ряда осколочных групп, каждая из которых воинственно размахивала своей собственной ортодоксальностью. Старая поговорка о том, что история повторяется, подтвердилась опять.

Расцвет психоанализа в Соединенных Штатах пришелся на 40—60-е годы, он был встречен многими, если не всеми, с надеждой на решение проблем психического здоровья. Хотя психоанализ едва ли был достоин столь грандиозных ожиданий, он в самом деле вызвал развитие ряда методов, черпавших свое обоснование из идей, которые особенно подчеркивал Фрейд, а именно: интрапсихического конфликта и содержания бессознательного. Оказалось, что классическая теория психоанализа имела много недостатков в качестве “готовой к употреблению” схемы терапевтического процесса. Это послужило источником для многих динамических теорий, имеющих отношение к клинике, и для исследований на разнообразных темах от капризов инстинкта до защит эго (Anna Freud, 1937; Hartman, 1958), сложности характерологических структур, их образования и функционирования (Horney, 1937, 1939; Reich,

---

\*Tip-Toe-Inn — гостиница “На цыпочках” — *Прим. переводчика.*

1949; Fromm, 1941, 1959; Sullivan, 1947, 1953), последствий искажений в раннем развитии ребенка, связанных с лицами, обеспечивающими первоначальный уход за ним (Melanie Klein, 1948, 1957; Jacobson, 1964, 1971; Mahler, 1967, 1975; Fairbairn, 1954; Winnicott, 1965; Guntrip, 1968, 1971; Bion, 1959, 1970).

Начиная с этих исследований, была предпринята попытка применить психоанализ за пределами его традиционной области применения — неврозов. Позднее разработки теории объектных отношений (Kernberg, 1976, 1980) и Я-психологии (Kohut, 1971, 1977) были применены для терапии пациентов с пограничным синдромом и нарциссических личностных расстройств. Многие теоретические расхождения привели к разногласиям в аналитическом движении, которые продолжались, несмотря на попытки к их улаживанию (Gedo, 1980). Как это случается и с другими подходами, психоаналитическая теория вобрала множество весьма причудливых гипотез, однако были предприняты попытки подвергнуть умозрительные идеи эмпирической проверке и систематическому исследованию. Есть надежда, что это развеет некоторые заблуждения, навешанные учениями отдельных, пусть ярких, авторов, которые руководствовались собственными приоритетами и ценностями.

Исследование, однако, не разрешит некоторые базисные проблемы в нашей области, призванные поддерживать отжившие традиционные формы. Традиция — это непреодолимая сила, которая может одержать верх над образованием и даже над здравым смыслом. В лучшем случае традиция пытается найти себе оправдание, натягивая поводья необузданных предположений. В худшем — она может сковать или разрушить творческие силы и новаторство. Поэтому следует постоянно проверять, не создает ли она препятствий для эксперимента и перемен. Примером этого является известная идея о том, что сосредоточение на устранении симптома несовместимо с изменением характера. В соответствии с этой живучей концепцией, симптомы всегда являются проявлением бессознательного конфликта. Они дым от подспудно тлеющего огня. Уберите дым — горение, являющееся его причиной, продолжается. Погасите огонь — и дым исчезнет. Было предпринято много попыток, чтобы скорректировать эту ошибочную идею, но, тем не менее, она существует даже среди молодого поколения специалистов, которым следовало бы иметь лучшие знания.

И молодые психотерапевты, и имеющие ученые степени часто тщательным образом поддерживают чистоту теории. Я помню, как

на приеме по случаю выпуска психоаналитического отделения школы, где я преподавал, одна выпускница спросила меня, как быть с пациентом, имеющим особенно упорное сопротивление и страдающим тяжелой депрессией. “Почему бы вам не попробовать поддерживающий симптомоориентированный подход?” — спросил я. Вряд ли моя ученица была шокирована больше меня, когда произнесла: “Доктор Волберг, как получилось, что такой психоаналитик, как вы, все еще использует поддерживающую терапию?” Легенды имеют длинные ноги, и даже несмотря на то, что мы пытаемся быть при обучении более либеральными и эклектичными, многие молодые все еще привержены легендарному ортодоксальному учению. Мы надеемся на то, что в будущем эклектическая непредубежденность будет поощрять экспериментаторство, в отличие от нынешней практики консервативных преподавателей и супервизоров, преданных единому подходу. В области психоанализа все еще много крестоносцев. Они утверждают, что внимание должно быть сконцентрировано на сопротивлении, а не на симптомах.

Соглашаясь, что основная забота при проведении анализа — это проработка сопротивления, спросим себя, как может мужчина работать со своими эдиповыми фантазиями, если он в такой депрессии по утрам, что едва может обуться. Как может женщина углубляться в диссонанс между архаическими интроектами, когда ее регулярно бьет муж-алкоголик? Как может бунтующий подросток, чей мозг затуманен марихуаной, искать равновесие между сепарацией и индивидуацией? Как может пациент в маниакальной фазе биполярного расстройства спокойно лежать на кушетке и погружаться в свободные ассоциации о своем прошлом? Как может страдающий фобией попасть в приемную аналитика, находящуюся на двадцатом этаже, если он боится даже войти в лифт? Это примеры из практики, которые никогда не изучаются в аналитической школе. Они не столь волнующи, как изучение объект- и я-репрезентаций, но, безусловно, будут беспокоить даже самого убежденного аналитика.

Я говорю о симптоматическом сопротивлении аналитическому процессу. Устранение симптомов, которые снижают эффективность психоанализа, может быть наиболее важно для достижения концентрации внимания пациента на лежащих за ними расстройствах личности и источниках их происхождения. Иначе говоря, тревога и боль могут мешать проведению подлинного анализа.

Чтобы привести пациента в состояние восприимчивости к анализу, могут понадобиться некоторые неаналитические техники. Именно здесь некоторые аналитики демонстрируют свои собственные сопротивления. Я вспоминаю симпозиум по психотерапии в Швеции, в котором принимал участие известный аналитик классической школы из Западной Германии. После того, как он представил случай, ему был задан вопрос из аудитории, использовал ли он когда-нибудь групповую психотерапию. Ошеломленный, он ответил: “Групповую психотерапию? Я этого не сделаю, даже если вы приставите револьвер к моей голове”.

Лично на мою долю выпало пережить неодобрение и ощутить цензуру в связи с использованием гипноза в качестве дополнения к психоанализу. Вспоминаю свой визит несколько лет назад к выдающемуся авторитету в теории психоанализа. Он величественно сидел за столом под мрачным литографическим портретом Зигмунда Фрейда. Когда он начал упрекать меня за осквернение переноса гипнотическим обманом, Фрейд сердито смотрел на меня с явным неодобрением. Я, должно быть, хорошо защищал свою позицию, потому что в конце визита добрый доктор спросил меня, не может ли он направить ко мне резистентного пациента, в бессознательное которого, по его мнению, невозможно проникнуть. И, казалось, даже Фрейд смотрит на меня добрее.

Психоаналитики — отнюдь не единственные практики, цепляющиеся за догму. Есть много терапевтов биологической, бихевиоральной, гуманистической и других ориентаций, которые с редкой свирепостью привержены своему кредо и не склонны воспринимать доктрины, отличающиеся от их собственной. Большинство предубеждений распространяется на психоанализ и интрапсихические подходы вообще. Такое непринятие не может помочь, а, наоборот, обедняет терапевтическую программу. По общему признанию, психоанализ периодически обременяется нелепыми метапсихологическими утверждениями, которые имеют мало отношения к клинике. Однако в психоанализе существует динамическое измерение, которое является фундаментальным для понимания природы человека. Трудно понять, как можно быть хорошим психотерапевтом любого направления, не понимая игры сил, развертывающейся в бессознательном, защит и компромиссных образований, развиваемых для ослабления тревоги, символического представления конфликта, который выражается в симптомах, не признавая определяющего влияния раннего развития на структуру



характера, а также без понимания снов и роли переноса и сопротивления в облегчении или затруднении терапевтического процесса.

Не нужно быть психоаналитиком, для того чтобы сознать, насколько человечество обязано Фрейду за эти и другие фундаментальные идеи, преобразовавшие наши знания о функционировании здоровой и больной психики. Хотя иные его противники преуспели в сжигании Фрейда на костре, они не смогли уничтожить пепел, который до сих пор оказывает определяющее влияние на нашу профессиональную сферу. Я не понимаю, как возможно без разумного психоаналитического понимания устранить из психотерапии ее нынешнюю неопределенность; сделать ее в меньшей степени неким искусством, которое зависит от веры и пользы, приносимой плацебо, и в большей степени научной дисциплиной; получать результаты не только в виде облегчения симптоматики, решения проблем и улучшения на поведенческом уровне, но также серьезной коррекции нарушений, вызванных неправильным воспитанием; и достигать, по крайней мере, некоторого восстановления структуры личности.

К тому же, если мы должны планировать обучающие программы, нам следует также интересоваться не только интрапсихическими процессами. Нынешние психотерапевтические модели слишком ограничены несколькими замкнутыми областями, связанными с патологией. Поведение человека представляет собой интеграцию многих сложных систем. Попытки объяснить какой-нибудь аспект поведения в терминах той или иной системы и найти общий знаменатель между разными системами обычно приводят в тупик. Однако именно это мы пытаемся делать, когда сравниваем такие терапевтические направления, как психофармакология и экзистенциальная терапия, или бихевиоральная терапия и психоанализ. Это напоминает загадку: “Что общего между “Титаником” и мартини?” Ответ, конечно: “Лед”. Но лед ничего не говорит нам о “Титанике” и мало о мартини. Чтобы немного больше исследовать мартини, нам следует описать его ингредиенты — джин или водку, вермут, оливки или лук, емкость, в которую его наливают, — или же мы можем говорить о его вкусе и растрогаться этим, или обрисовывать, как он влияет на наше поведение, или исследовать мотивации пьющего, вдохновляющие его напиваться этим напитком, или описать физические, социальные, психологические или моральные последствия его алкогольного воздействия.

Модели объяснения будут иметь мало общего между собой, но мы можем насильственно попытаться придать им “научообразное” сходство. Результат будет так же абсурден, как ответ одного мальчика, которого просили дать определение коровы:

“Корова — это машина-автомат по производству молока. Она целиком покрыта недубленной кожей и поддерживается четырьмя вертикальными, передвигающимися опорами, по одной в каждом углу.

Передний конец содержит режущий и размалывающий механизм, а также головные прожекторы, отверстия для выпуска воздуха и для выхлопных газов, бампер и звуковую сирену.

На обратном конце имеются сливное устройство и автоматическая мухобойка.

В центральном отсеке помещается агрегат гидрохимической переработки. Он состоит из четырех резервуаров ферментации и хранения, соединенных с помощью сложной сети гибких трубопроводов. Эта секция также включает нагревательный агрегат, снабженный автоматическим контролем температуры, насосную станцию и главную вентиляционную систему. Механизм по удалению отходов размещен в задней части этого центрального отсека.

Вкратце, внешние видимые детали: две гляделки, два серпа, четыре стойки, четыре висящих слива и свистящий рассекатель.

Имеется также подобная машина, известная как бык, которую не следует путать с коровой. Она не дает молока, но имеет другие интересные применения”.

(Автор неизвестен, *Delaware County Farm & Home News*)

Поиски единой теории эмоционального расстройства неизбежно приводят к такому скачущему путаному языку. Поскольку, говоря о поведении, мы имеем дело со множеством составляющих, от биологических до духовных, мы должны пользоваться разнообразными объясняющими моделями: биохимической, физиологической, научения, психоаналитической, динамической, ролевой, социологическими, философскими и другими, каждая из которых содержит конгломерат теорий.

Конечно, вопрос состоит в том, можно ли смешивать такие расходящиеся теории и надеяться при этом получить жизнеспособное соединение? Подобные попытки предпринимались. Например, мы обнаруживаем это в сочинениях нескольких теоретиков, которые, будучи ориентированными на биологическую парадигму или парадигму взаимоотношений, оставались верными принципам классической метапсихологии. В результате они попадали в то же самое положение, что и мальчик, описавший корову.

Обилие головокружительных языковых трюков вызывает подозрение, что последователи этих идей слишком запутались для того, чтобы признать, что они не понимают их смысла.

Задача будущего — определить, как пограничные области разных моделей соотносятся друг с другом. У нас все еще нет способа, как это сделать. Мы можем пытаться найти его, не увязая в болоте противоречий. В результате практики нескольких последних десятилетий мы стали понимать, что ни одна модель (медицинская, бихевиоральная, социологическая, экологическая и прочие) не достаточна для объяснения и лечения всех эмоциональных проблем. Направление, которое предлагается сейчас, заключается в возрастающем использовании мультимодальной терапии (Lazarus, 1976) и дифференциальной терапии (Frances, Clarkin & Perry, 1984). Дифференциальная терапия — это, образно говоря, старое вино в новых мехах.

В течение многих лет клиницисты подчеркивали необходимость системного подхода, признающего, что во всяком эмоциональном или психическом расстройстве мы имеем дело со многими переменными, требующими широкой эклектической ориентации. Один из первых эту идею высказал Адольф Мейер из Медицинской школы Джона Гопкинса. Многие психотерапевты только сейчас пришли к пониманию мудрости этой идеи. Патология никогда не ограничивается одной областью. Посредством процесса обратной связи любая эмоциональная проблема включает все системы адаптации.

Симптоматическое следствие разрушения любой из этих систем, как было упомянуто ранее, состоит в том, что имеется тенденция концентрировать настолько много внимания пациента и энергии, идущей на облегчение страданий, что это несовместимо не только с психоанализом, но также ни с одним видом психотерапии. Например, обсессивно-компульсивная симптоматика упорно не поддается анализу, когнитивной и другим видам терапии, и па-

циент может лечиться годами без улучшения. Однако воздействие на биологическую компоненту этого расстройства может помочь. Недавно мы случайно обнаружили медикамент (clomipramine), который дал нам новую точку зрения на это стойкое расстройство. В прошлом я лечил несколько случаев навязчивости в течение нескольких месяцев, до этого они не поддавались психотерапии в течение 30 лет или более. В течение нескольких недель под воздействием препарата симптомы были устранены так эффективно, что мои пациенты впервые смогли использовать динамические инсайты. Межличностные конфликты часто лучше поддаются индивидуальной терапии, когда для ослабления складывающихся напряжений одновременно проводятся семейная или супружеская терапия. Имеется много других примеров того, как сочетание разных видов терапии ускоряет лечение.

При системном подходе полагают, что ни одна единица психопатологии не существует изолированно, но является скорее частью совокупности взаимосвязанных единиц. Совокупность взаимодействующих биохимических, нейропсихологических, обусловленных особенностями развития, интрапсихических, межличностных и духовно-философских систем определяет, как человек думает, чувствует и ведет себя. Очевидно, некоторые из этих систем более интимно, чем другие, связаны с болезненными проявлениями, от которых индивид стремится избавиться. Самая экстренная помощь должна быть направлена на диагностику и начальное лечение наиболее серьезно затронутых систем. Конечно, может быть необходимо согласованное или поочередное воздействие на другие системы. Схема поведенческой цепочки, которая описана мной в другой моей работе (Wolberg, 1980), может служить удобным средством организации сложных фактических данных, которые влечет за собой такая практика.

Различные системы так объединены, что по цепочке вверх и вниз возникает обратная связь, когда функционирование одной из систем нарушается. На деле для индивида важнее всего конечный продукт такой обратной связи. В терапии нам следовало бы иметь дело и с источником, и со следствием этой обратной связи. Так мужчина, пытающийся найти облегчение депрессии и тревоги, может только косвенно упомянуть о своем супружеском разладе. Он, в свою очередь, возникает из неудовлетворенной потребности в зависимости, которая поддерживает враждебность к жене и усиливает переживание безнадежности и депрессию. Если мы про-

сто сосредоточимся на симптомах, которые подрывают его здоровье, а именно на депрессии и тревоге, и будем лечить затронутую биологическую систему с помощью антидепрессантов-анксиолитиков, подобных алпразоламу (alprazolam), мы можем ожидать скорого ослабления симптомов. Однако на интрапсихическую и интерперсональную систему не будет оказано нужного воздействия, и они и далее будут беспокоить пациента. Следовало бы рассматривать супружескую и индивидуальную динамическую психотерапию в дополнение к психофармакологическому лечению, несмотря на то, что через обратную связь супружеская ситуация временно улучшается, когда пациент становится более спокойным под воздействием препаратов. Может быть, целесообразно сначала применять методы терапии для воздействия на те системы, к переменам в которых пациенты наиболее мотивированы и которые легче всего поддаются изменению. Это может быть нашей тактикой, когда мы работаем над обучением и мотивацией пациента к принятию более разнообразной помощи, чем он склонен получить вначале.

Мультимодальная и дифференциальная терапия основываются на принципе, что комбинация воздействует лучше, чем только один какой-то вид терапии. Эволюция психотерапии связана с эмпирическими исследованиями того, как такие комбинации могут работать наилучшим образом. Психофармакология уже нашла средства против депрессии, маниакальных состояний, психозов, тревоги, паники, фобий, невроза навязчивых состояний, гиперактивности и булимии. Воздействие на биохимическое звено в цепи адаптационных систем коренным образом преобразовало краткосрочные методы лечения этих болезненных состояний.

Разумеется, лекарства не привели к золотому веку, потому что проблемы, относящиеся не к сфере биологии, не могли быть искоренены с помощью медикаментозного лечения; и когда эти проблемы причиняли беспокойство, они требовали другого рода вмешательства в соответствии с их природой. Так, тревожность, обусловленная прошлым, возможно, нуждается в бихевиоральной терапии. Интрапсихические проблемы вызываются конфликтами в бессознательном, а неудовлетворительно функционирующие психологические защиты в качестве основных методов требуют психоанализа и динамической психотерапии. Межличностные проблемы наводят на мысль о групповой терапии, супружеской или семейной терапии как о предпочитаемых видах воздействия. Труд-

ности, коренящиеся в окружении, социальных и культурных факторах — объекты консультирования и терапии социальной среды. Нарушения адаптации, поддерживаемые ложным самоутверждением, ценностями, эталонами и мнениями могут поддаваться коррекции при разъяснительных беседах, а в своих тяжелых формах — когнитивной терапии. Проводя дифференциальную терапию, мы можем находить тактику воздействия на системы, наиболее непосредственно связанные с заболеванием; и это может быть удачей, особенно в краткосрочной терапии. Обычно плохо функционирует одновременно несколько систем; и при этом, как я уже упоминал ранее, для получения существенных результатов, возможно, требуется комбинация нескольких видов терапии.

Выдвигалось обвинение, что дифференциальная терапия стремится работать с поверхностной симптоматикой и решением проблем и поэтому, возможно, упускает глубинные фундаментальные психодинамические составляющие. Практика не подтверждает этого. Не имеет значения, какие техники используются, индивид будет реагировать на них, используя свои обычные защитные уловки и увертки. Присущие пациенту зависимости, враждебность, реакции протеста, сопротивления и трансферентные реакции проявятся в виде индивидуальной реакции на терапевта и его техники либо непосредственно в переносе, либо символически в снах или отыгрывании вовне.

Если терапевт обучен распознавать динамические взаимодействия, он будет находиться в лучшем положении при обращении с ними, в частности, когда они возникают в виде сопротивления некоторой технике, используемой им в данный момент. Таким образом, любая форма терапии может служить входом во внутреннюю жизнь пациента; и если реакции пациента проясняются и интерпретируются специалистом, и отношения между терапевтом и пациентом складываются хорошо, пациент и разовьется как личность, и получит облегчение симптомов. Так, каждая терапевтическая инициатива, даже фармакотерапия, потенциально имеет возможность стать психоаналитическим начинанием, ведущим к некоторому изменению характера. Я верю, что будущее психотерапии связано именно с ориентацией такого рода.

Из-за узко специализированного образования многие из нас воспринимают свой собственный раздел терапии как первостепенный, а другие — как отклоняющиеся и неважные. Поэтому наши навыки слишком ограничены и связывают нас по рукам и ногам,

когда мы сталкиваемся с патологией, которая требует методики вне нашей специализации. И если мы являемся чисто бихевиоральными терапевтами, мы, вероятно, не сумеем эффективно работать с опасной депрессией, когда угроза суицида делает необходимым срочное фармакологическое или электросудорожное воздействие. Или же, если мы ортодоксальные психоаналитики, мы окажемся в безвыходном положении в случае деятельного подростка, которому нужна кризисная семейная терапия. Когда же терапевты, основывающиеся на едином подходе, понимают свои ограничения и желают передавать проблемы, выходящие за пределы их узкой области, коллегам-специалистам в других областях психотерапии, их пациенты имеют лучшие шансы получить помощь. Но из-за сверхконфиденциальности, материальной необходимости или обычного нарциссизма некоторые психотерапевты не внимают голосу разума и пытаются подогнать все проблемы к своему узко специализированному подходу, не получая при этом выдающихся результатов. Как следствие, громадное большинство пациентов не получают оптимальной терапии.

Предположим, что психотерапевт — достаточно проницательный диагност, чтобы понять, что безотлагательная проблема находится вне его компетенции и необходимо обращение к специалисту, и предположим, что он хотел бы к нему обратиться. Что происходит, если в пределах достижимости нет такого специалиста? Эта ситуация не является необычной. За исключением нескольких крупных городов этой страны, возможности ограничены. Мне кажется, что, планируя в будущем образовательные программы, следовало бы учесть этот факт. Необходимо обучение широкому диапазону психотерапевтических подходов, в идеале такое обучение должно включать психоанализ, бихевиоральную терапию, когнитивную терапию, гипноз, стратегическую терапию, терапию среды, групповую, семейную, супружескую терапию и фармакотерапию. Следует обучать, когда и как применять эти методы и как эффективно их сочетать с целью более эффективной реконструкции личности к наибольшей пользе пациента.

Поскольку стресс, вызванный экономическими переменами и продолжающейся нестабильностью в мире, нарастает, национальные, общественные, семейные и личные проблемы будут поставлять психотерапевтам все больше пациентов. Это будет все сильнее вынуждать нас расширять свой кругозор, чтобы изменять образ действий. Это в особенности требуется от всех нас как пси-

хотерапевтов: и от аналитиков классической школы, исследующих бессознательное в попытках вырвать секреты инфантильного невроза у пациентов и вводящих их в невроз переноса, и от неофрейдистов, прилагающих усилия, чтобы дать пациентам корригирующий эмоциональный опыт в рамках терапевтических межличностных отношений, и от бихевиоральных психотерапевтов, пытающихся скорректировать поведенческую дефицитарность или расширить конструктивный репертуар, воздействуя на независимые переменные, функцией которых является поведение, и даже от фармакотерапевтов, ведущих химическую войну с неврозами.

Мы должны освободиться от страхов, свойственных людям, столь преданным своим убеждениям, что они не в силах пересмотреть их, даже когда обстоятельства подтверждают, что эти воззрения неверны. Если мы уверены в праве других на еретические мнения и даже на применение на практике методов, которые мы считаем ниже своего достоинства (всегда при этом, конечно, оставаясь экспериментаторами, то есть извлекая из этой практики суть, которую можно было бы проверить), то мы не должны в дальнейшем оставаться узниками своих собственных концептуальных моделей. Терпимость к точкам зрения, отличающимся от нашей собственной, — основной принцип (не имеет значения, какой ярлык мы навешиваем на себя как психотерапевты) для понимания того, что коллеги могли проделать не тот же самый путь, что и мы. Отказываясь от ограниченности наших отношений друг к другу и нашим специальным техникам, мы поможем рассеять тот глубокий пессимизм, который периодически обволакивает психотерапию в процессе ее эволюции. Мы могли бы даже вывести ее с изолированной орбиты в открытый космос, чтобы совершилась ее настоящая эволюция и она по праву заняла место в солнечной системе других наук.

## Литература

- Bion, W. (1959). *Experiences in groups*. London: Tavistock.  
Bion, W. (1970). *Attention and interpretation*. London: Heinemann.  
Fairbairn, W.R.D. (1964). *An object-relations theory of the personality*. New York: Basic Books.  
Frances, A., Clarkin, J.F., & Perry, S. (1984). *Differential therapeutics in psychiatry*. New York: Brunner/Mazel.  
Freud, A. (1937). *The ego and the mechanisms of defense*. London: Hogarth.  
Fromm, E. (1941). *Escape from freedom*. New York: Holt, Rinehart & Winston.



- Fromm, E. (1969). *Sigmund Freud's mission*. New York: Harper & Row.
- Gedo, J. (1980). Reflection of some controversy in psychoanalysis. *Journal of the American Psychological Association*, 28, 363—383.
- Guntrip, H.J. (1968). *Schizoid phenomenon, ob-ject relations and the self*. New York: International Universities Press.
- Guntrip, H.J. (1971). *Psychoanalytic theory, therapy and the self*. New York: Basic Books.
- Hartmann, H. (1968). *Ego psychology and the problem of adaptation*. New York: International Universities Press.
- Homey, K. (1937). *The neurotic personality of our time*. New York: W.W. Norton.
- Homey, K. (1939). *New ways in psychoanalysis*. New York: W.W. Norton.
- Jacobson, E. (1964). *The self and the object world*. New York: International Universities Press.
- Jacobson, E. (1971). *Depression: comparative studies of normal, neurotic and psychotic conditions*. New York: International Universities Press.
- Kernberg, O. (1976). *Object relations: theory and clinical psychoanalysis*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O. (1980). *Internal world and external reality*. New York: Jason Aronson.
- Klein, M. (1948). *Contributions to psychoanalysis, 1921—1948*. London: Hogarth.
- Klein, M. (1967). *Directions in psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.
- Lazarus, A.A. (1976). *Multimodal behavior therapy*. New York: Springer.
- Mahler, M.S. (1967). On human symbiosis and the vicissitudes of individuation. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 15, 740—763.
- Mahler, M.S. (1975). *The selected papers of Margaret S. Mahler*. New York: Jason Aronson.
- Reich, W. (1949). *Character and analysis* (3<sup>rd</sup> ed.). New York: Orgone Institute Press.
- Sullivan, H.S. (1947). *Conceptions in modern psychiatry*. Washington, D.C.: William Alanson White Psychiatric Foundation.
- Sullivan, H.S. (1963). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: W.W. Norton.
- Winnicott, D. (1966). *The maturational process and the facilitating environment*. New York: International Universities Press.
- Wolberg, L.R. (1980). *The handbook of short-term psychotherapy*. New York: Thieme-Stratton, Inc.

## *Дискуссия с Арнольдом Лазарусом*

Одна из главных причин того, почему я стал психотерапевтом, — это знакомство с книгой доктора Волберга, написанной им в 50-е годы, под названием “Техники психотерапии” (“*The Techniques of Psychotherapy*”, Orlando, FL: Grune & Stratton, 1977). В то время я был студентом университета Иоханнесбурга и намеревался специализироваться в английском языке. Мне случайно попала эта книга, большая, толстая, в коричневом переплете, она произвела глубокое впечатление. Я был поражен и сказал себе: “Вот чем я хочу заниматься”. Поэтому я считаю Ларри виновным в том, что я сегодня нахожусь здесь. Читая эту книгу, я не знал, что 30 лет спустя я буду в Аризоне, в Фениксе обсуждать доклад доктора Волберга. Все эти годы меня поражала энциклопедичность кругозора доктора Волберга. Его книга, посвященная медицинскому гипноанализу, подчеркнула многое, что только теперь начинают постигать. Вообще одна из вещей, поражающих меня в нашей области, это то, как наши коллеги непрерывно ходят по кругу. Это удивительное явление.

Ну, что же сказать, если мы имеем дело с человеком, который пишет так замечательно? Когда я читал его статью, предназначенную для этой дискуссии, моей первой мыслью было: “Хотел бы я уметь писать так”. И я хочу прочитать только один абзац, чтобы показать вам, что я имею в виду. Потом я хотел бы набраться смелости, если это возможно, и начать драться. Если мы не будем драться, зачем же эта конференция?

Мне нравится этот абзац по многим причинам. “Многие профессионалы, — говорит доктор Волберг, — являются заложниками своей ригидности, возникшей в начале обучения”. Теперь я собираюсь атаковать Ларри за то, что он напоминает заложника своей ригидности, возникшей в начале обучения, а он может защищаться, я уверен, что он станет защищаться. “В результате, — продолжает он, — область психического здоровья была и остается поделенной непримиримыми группировками, марширующими под барабанный бой своих застывших профессиональных императивов”. Это прекрасно сказано. “В избытке существуют конкурирующие модели, каждая претендует на свою суверенность и на объяснение в своих собственных философских и лингвистических терминах, как люди становятся невротиками и излечиваются”. Я уверен, что именно это одна из главных помех развитию нашей

области, что многие ограничены одной-двумя моделями и не открыты для влияния многих различных представлений. В своей статье доктор Волберг обратил внимание на ряд моделей, которые следует использовать, чтобы достичь всестороннего понимания человека.

Я не знаю, проводит ли доктор Волберг то же самое различие, которое провожу я, между невероятной опасностью теоретического эклектизма и достоинствами эклектизма технического. Когда вы говорите о комбинировании психоанализа и бихевиоральной терапии (и многие практикуют такое сочетание), если у вас есть прочные воззрения на фундаментальные модели, на эпистемологические обоснования этих различных дисциплин, вы видите, что они совершенно несопоставимы с точки зрения их конечных целей. Это не должно противоречить использованию техник, возникших из другой дисциплины. Но говорить: “Давайте сочетать психоанализ и бихевиоральную терапию, давайте возьмем лучшее из обоих,” — опасно, это может давать результаты только в упрощенных моделях. Здесь не место уделять внимание методическому эклектизму. Я этим занимаюсь у себя на семинаре, который посещают некоторые из вас.

Но вот какие моменты хотел бы я затронуть, говоря, что, по моему мнению, доктор Волберг также до некоторой степени заложник своей ригидности, возникшей в начале обучения. Он очень эклектичен, и он одним из первых среди аналитиков сказал в те времена, когда я был еще отъявленным бихевиористом, что то, что впоследствии было названо “снятием симптома”, не приводит с неизбежностью к рецидиву симптома и к быстрому сдвигу в психоз, а что в действительности устранение симптома перестраивает психические силы. В то время это было глотком свежего воздуха. Он продолжил выступления с весьма эклектичными идеями, но это могла быть теоретическая эклектика, и в этом случае нам придется скрестить шпаги.

Одно высказывание доктора Волберга напомнило мне эпизод из прошлого, когда я нечаянно стал заклятым врагом некоего психоаналитика, который направил ко мне пациента. Вот это высказывание: “Чтобы привести пациента в состояние восприимчивости к анализу, могут понадобиться некоторые неаналитические техники”. Вы видите, идея состоит в том, что конечная и наиболее тонкая процедура — это все-таки психоанализ, а все эти дру-

гие вещи приводят пациента в состояние, когда он или она могут получить пользу от настоящей терапии. Вот как это звучит.

Итак, что произошло в том случае? Психопсихиатр направила ко мне пациента, который доставил ей невероятные трудности, потому что он прочитал где-то о быстрой терапии, и при этом страдал фобиями, был чрезвычайно гиперсензитивен и очень тревожен. Аналитик сказала: “Обратитесь к Лазарусу, он может разобраться с этой ерундой, при этом вы станете восприимчивым к подлинной проработке бессознательных факторов”. Поэтому пациент пришел ко мне с таким представлением, что я уберу эти тривиальные симптомы и затем верну его для настоящей работы. Я вооружился моей мультимодальной мешаниной и провел тренировку уверенности в себе, тренинг навыков общения, вник в ряд дисфункциональных убеждений, поработал с супружескими проблемами, вовлек в работу жену и так далее. Спустя шесть или семь месяцев этот индивид был в приличном состоянии. Нужно сказать, что тревожность, фобии, сензитивность ушли, и он был вполне счастлив. Теперь наступил момент, когда, по этическим соображениям, следовало вновь направить пациента к аналитику. Пациент спросил: “Зачем?” Я ответил: “Для анализа”. — “Почему?” — “Ну, очевидно, это нужно”. Он не пошел к психопсихиатру, и психопсихиатр думает, что я развратил его ум и поступил неэтично, уведя пациента. Поэтому говорили, что Лазарус плохой психотерапевт.

Я бы хотел услышать еще немного, возможно, в ответном слове доктора Волберга об упомянутом “приведении пациента в состояние восприимчивости к анализу”, когда неаналитические техники могут быть достаточны.

Теперь обратимся к еще одному аспекту, который я нахожу наиболее интересным. Случилось так, и я думаю, что дифференциальная терапия развивается именно в этом направлении, что подбор типа лечения становится все более жизнеспособным. То есть существуют специальные показания. Если взять, к примеру, индивидуума с фобией, то какова специфика, каковы показания? Фрейд говорил о том, что пока вы не подвергнете пациента с фобией воздействию фобического стимула, вы не дадите ему шанса расстаться со своей фобией. Фрейд отмечал, что стимулирующее воздействие должно дать богатые ассоциации, которые можно анализировать и проработать. Он не проводил контрольной серии, которая состояла бы только в воздействии соответствующего сти-

мула, без свободных ассоциаций и анализа. Однако использование стимулов — это *sine qua non*\*, и терапевт, думающий, что можно устранить фобию, лишь поняв ее, обречен на неудачу.

Во многих учебниках сказано, что лица с обсессивно-компульсивной симптоматикой — трудноизлечимые, тяжелые пациенты, и это справедливо. Но давайте рассмотрим результаты, чтобы понять, что воздействует. Если вы в случае обсессивно-компульсивной симптоматики столкнулись с “заржавевшими” ритуалами, упорной навязчивостью, позвольте мне сказать вам, что нежный любовный уход здесь не поможет. Что касается десенситизации, гипноза и медитации, — забудьте о них. Они не окажут воздействия на большинство навязчивостей. Но что же поможет?

На них смогут подействовать предупреждение реакции, моделирование и “техника наводнения”. Некоторые, возможно, не знают, что означает предупреждение реакции. Вы могли это видеть несколько лет назад в очередной комедии Мела Брукса о человеке, которому было 2000 лет. У этого человека была навязчивость: он постоянно рвал газеты. Он пытался получить помощь и ходил по психотерапевтам. Он испытал на себе психоанализ, гипноз — ничто не помогало. Наконец, кто-то сказал ему: “Не рвите газету”. И он ответил: “Ой, мне никогда этого не говорили!” Вот это и есть предупреждение реакции.

Несколько лет назад мои коллеги и я столкнулись с неким индивидом, который проявлял много обсессивных и компульсивных элементов, включая причудливый ритуал, в котором он описывал круги руками. По-видимому, он не был психотиком, но имел много странных симптомов, включая компульсивное мытье рук и страх заражения (микробов) и почти бредовое убеждение, что если кто-то тучный коснется его, то и он может заразиться ожирением. Поэтому он, как чумы, боялся любого очень полного человека.

Бедняга очень страдал, поэтому мы сначала использовали предупреждение реакции, чтобы остановить его действия. Мы установили за ним 24-часовой надзор. Мы даже надели ему на руки рукавицы. Затем, занявшись его фобией методом “наводнения”, мы заставили его иметь дело с грязным бельем со всей больницы и не разрешали ему мыть руки в течение недели. Ему пришлось каждый день есть, ни одного раза не помыв рук. Я был в страхе, что мне не повезет и он сляжет с гриппом или простудой — это

---

\**Sine qua non* (лат.) — необходимое условие — *Прим. переводчика.*

стало бы концом лечения. Везенье сыграло свою роль. Однако он был здоров и, конечно, переполнен тревогой. Что касается ожирения, мы заставили всех людей с большим весом быть около него, поворачивать его, дотрагиваться до него; это была техника “наводнения”. Некоторые говорили со мной, выражая надежду, что у меня была хорошая ЭКГ до того, как я начал всем этим заниматься. Дело в том, что иногда эти героические методы необходимы, иначе вы ничего не добьетесь с такими застарелыми проблемами.

Но если все, что вы делаете, сводится к этому, если вы занимаетесь только уничтожением паутины обсессивно-компульсивных ритуалов, я предсказываю, что очень скоро наступит рецидив. В моем подходе, кроме разрушительной работы с помощью предупреждения реакции, моделирования и техники “наводнения”, следует также работать над другими остаточными проблемами; следует обратить внимание на физические ощущения, работу воображения, познавательные функции и личностные и соматические нарушения. Это мультимодальный подход.

Однако, если вы посмотрите на исследования результатов, вы поймете, что одним из главных факторов здесь являются методы, основанные на успехах при выполнении задачи. Такие методы наиболее действенны. Эти методы всегда достигают успеха быстрее, чем чисто когнитивные интервенции. Нужно сказать, что если вы можете убедить кого-то делать что-то другое или по-другому, то тогда вы можете достичь финиша. Доктор Волберг был одним из первых аналитиков, сказавших, что это дорога с двусторонним движением, что изменения в поведении часто вызывают инсайт. Не только инсайт всегда должен вызвать изменения в поведении — это дорога с двусторонним движением.

На этом мое выступление заканчивается. Я только хочу подчеркнуть одно из фундаментальных, по моему мнению, достоинств, которое продемонстрировал доктор Волберг, — оно оказывало на меня влияние в течение всей моей карьеры — широту его взглядов и способность к переменам. Это поразило меня в 50-е годы, когда я студентом впервые прочел “Техники психотерапии”, — широта понимания более глубины важна для изысканий с использованием многих моделей. В этом смысле доктор Волберг — один из моих героев, стимулировавших и влиявших на меня, и, конечно, мой любимый аналитик.

## Ответ доктора Волберга

Я хотел бы сказать немного о замечании доктора Лазаруса, которое касается устранения симптомов. Иногда оно может быть насущно необходимым видом терапии. Определенно, в краткосрочной терапии — это предпочтительная цель. Я вспоминаю случай трехлетнего мальчика, который фактически морил себя голодом, ему грозила гибель. Его показывали всевозможным врачам. Ему давали все на свете, а маленький мальчик отказывался принимать пищу. Когда его кормили насильно, следовала рвота. Его положили в больницу и в течение трех недель кормили через трубку, он прибавил в весе. По возвращении домой он сбросил все, что набрал. Они были вне себя. Врач позвонил мне и сказал: “Не согласитесь ли вы применить гипноз к этому мальчику и посмотреть, не заставит ли это его есть?” Я ответил: “Ну, это нужно сделать, но я был бы рад побеседовать с семьей.” В назначенный день мать была в комнате ожидания, а маленький мальчик, настоящий скелет, вошел в мой кабинет. Мы немного поговорили, и затем я применил гипноз. Когда сеанс закончился, он вышел из кабинета, мать взяла его за руку и они стремительно исчезли. Я никогда их больше не видел. Я понял, что ничего не получилось.

Они больше не вернулись, но через шесть лет мне позвонил тот же самый врач и сказал: “Доктор Волберг, у вас так хорошо получилось с тем мальчиком, что я собираюсь направить вам еще одного пациента. Это девочка из Швейцарии, она выдергивает у себя брови и ресницы”. Я спросил: “О каком случае вы говорите?” Я забыл пациента. Он мне ответил, и я вспомнил. “Вы не можете дать мне адрес? Я бы хотел написать матери и узнать, что произошло”. Он дал мне адрес, и я написал матери, что я очень хотел бы знать, что случилось после их визита ко мне. Затем я получил письмо от леди с фотографией девятилетнего мальчика, он был довольно полный. Она написала: “Доктор, это было удивительно. В ту минуту, когда он вышел от вас, он попросил картошки. Он никогда не любил картофель. И после этого он начал есть”. Она писала: “У меня есть секрет, я должна рассказать его вам. Когда вы были в кабинете, я очень нервничала, поэтому ходила по комнате и приложила ухо к двери; я слышала, как вы сказали: “Ты захочешь есть. Ты захочешь есть. Ты захочешь есть”. И, доктор, я набрала 15 фунтов”. Что служит подтверждением либо того, что такое сильное внушение действует через закрытую дверь, либо

того, что устранение симптома может быть столь эффективным, что дальше уже не будет нужна никакая терапия.

К сожалению, я полагаю, это редкое явление, и люди, помимо устранения симптоматики, действительно нуждаются в некотором руководстве, каком-то понимании того, что позволит им приспособиться к жизненным стрессам без коллапсирования в некий симптом или проблему.

## Вопросы и ответы

**Вопрос:** Я хотел бы задать вопрос и доктору Волбергу, и доктору Лазарусу. Вы так говорили об устранении симптома, как будто на этом заканчивается роль психотерапевта. Интересно, как вы видите участие терапевта в процессе роста и реализации потенциала человека — включается эта задача в ваш подход или нет?

**Волберг:** Мне казалось, я подчеркнул, что даже устранение симптома может разрешиться ростом и улучшением самопонимания, но иногда это не происходит спонтанно. Может быть, необходимо использовать другие методы, другие техники, отличные от тех, что сняли симптомы, чтобы помочь пациенту осознать его глубинные проблемы и помочь ему в отношении его роста. Вот здесь может быть очень важным динамическое понимание. Это не значит, что человек, использующий психоанализ, должен пройти жесткий процесс классического психоаналитического тренинга. Люди, не имеющие собственных глубоких эмоциональных проблем, в состоянии развивать со своими пациентами продуктивные отношения, переживать близость и эмпатию и использовать собственные чувства и поведение в контексте психодинамического понимания ситуации. Понимание сновидения, переноса и, главным образом, своих собственных проблем и того, как эти проблемы выявляются и способны накладываться на процесс терапии, может оказаться довольно существенным. Очевидно, обучающий анализ может в огромной степени способствовать этому, но не является абсолютной необходимостью.

**Лазарус:** В своем подходе я никогда не использую слово “симптом”, потому что для меня оно означает симптоматику или что-то еще. Поэтому я никогда не устраняю симптомы. Я имею дело



с проблемами и их разрешением, и это сильно отличается от устранения симптомов. Иногда проблемой является устранение затруднений, и больше ничего не приходится делать. В других случаях она приводит к другим элементам, и поэтому вы получаете целую иерархическую структуру, которую нужно устранить. Но рост происходит, когда вы в самом деле устранили проблему, бывшую препятствием для благополучия. Тогда люди могут воспринимать имеющиеся стимулы, прежде не воспринимавшиеся, потому что способность к их восприятию притуплялась болью. Это краткий набросок моих идей.

**Вопрос:** Выходя за профессиональные рамки, я хотел бы попросить вас прокомментировать, если можно, то, что я назвал бы течениями, параллельными нашей профессии. Речь идет о движениях, обещающих немедленные перемены, говорим ли мы о Хари Кришна или о трагедии в Джонстауне. Мне кажется, что существует заимствование техник непрофессионалами. Я надеюсь, что вы остановитесь на нашей ответственности за это или просто выскажете некоторые общие впечатления об этом явлении.

**Волберг:** Существует не менее 250, даже больше, видов терапии, которые оказываются действенными. Среди этих терапевтических направлений — такие движения, как кришнаиты и феномен преподобного Муна. Люди постоянно действуют, чтобы получить какое-то облегчение своих проблем. Большинство людей, вовлеченных в эти новые терапии, включающие богоподобную фигуру, которой они могли поклоняться, были связаны с пропагандой какого-то рода. Они не верили обычным авторитетам и искали какую-то неопределенную магическую фигуру, которая могла бы поднять их из болота и принести им некую неизбежную судьбу.

На самом деле многие из них проецируют свои собственные потребности в грандиозности на возведение грандиозной фигуры, на которую они могли бы положиться. Многие религии зависят от этого. В этих движениях вы можете найти людей, многие из них очень больны, которые в них получают облегчение, будучи не в силах адаптироваться к другим формам терапии. Что специфически присуще этим людям, сказать трудно. Тем не менее, мне кажется, что там, где личность способна найти облегчение посредством взаимодействия с некоего рода богоподобной фигурой, там должно быть постоянное стремление к новым влиятельным фигу-

рам, на которые можно положиться. Я бы дал такую оценку, что облегчение, которое человек получает там, в значительной степени зависит от его способности придавать влиятельному лицу роль божества. Когда эта роль рассыплется, человек возвратится в свою обычную болезнь и будет продолжать поиск других могущественных фигур.

**Вопрос:** Я хотел бы узнать мнение доктора Волберга о том, целесообразно ли, чтобы психотерапия более реализовывала функцию обучающую, чем медицинскую?

**Волберг:** Я считаю, это отличный вопрос. Я всегда чувствовал, что психотерапия — скорее процесс обучения, чем процесс лечения. Многие психотерапевты преданы медицинской модели. Конечно, с подъемом биологической терапии медицинская модель заняла более значительное место. Однако я думаю, что психотерапия в основе своей есть процесс обучения.

**Вопрос:** Сегодня утром я получил информацию о том, что будущее — за эклектизмом и что он необходим для развития нашей профессиональной области. Это важно для меня. Я чувствую — думаю, и другие участники этой конференции чувствуют, — что трудно сохранять объективность и не впадать в заблуждения. Хотелось бы знать, нет ли рекомендаций, каким образом не запутаться в массе возможностей?

**Волберг:** Я думаю, это тоже очень важный вопрос. Конференция по дифференциальной терапии, о которой я уже говорил, посвящена именно этому вопросу. Как вам интегрировать все эти терапии, как их комбинировать? Когда вам их использовать? Как они соотносятся с вашим излюбленным подходом? Как объединить ваш собственный подход со всем этим чудовищным количеством модальностей, которые проявляются? Это будущее психотерапии. Мы переживаем сейчас особый момент. Мы не слишком много знаем о пограничных областях различных систем, но мы знаем определенно, что модальности, которые относятся к каждой из этих систем, должны быть объединены в метод, наиболее продуктивный для пациента. Именно это область будущих исследований, как мне кажется.

**Лазарус:** Скоро появится книга под редакцией Джона Нокросса под названием “Руководство по эклектической психотерапии” (John Norcross. *Handbook of Eclectic Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel, 1986), которая пропагандирует системный эклектизм. Я бы настоятельно рекомендовал эту книгу. Конечно, я полагаю, что множество авторов, включая меня, попытались изложить суть этого важного вопроса.

**Вопрос:** Вопрос доктору Волбергу. Американская психиатрическая ассоциация в настоящее время намеревается издать, к ужасу некоторых, руководство по психотерапиям, по всем терапиям. Интересно знать, что вы об этом думаете и, по крайней мере, какого рода требованиям должно удовлетворять, по вашему мнению, такое руководство?

**Волберг:** Я думаю, это очень конструктивная идея, ее следует осуществить. Именно обрисовать существенные моменты каждой из терапий. Однако это также может быть очень туманно. Читатель должен быть в состоянии провести различия между видами терапии и знать, когда их применять. Все мы имеем собственные пристрастия к своим методам работы. У всех нас свой стиль терапевтической работы, и мы пришли к тем терапевтическим техникам, которые имеют для нас особое значение. Вероятно, они взаимосвязаны с нашими собственными личностными проблемами.

Я также убежден в том, что не имеет значения, какую терапию человек практикует и какая кажется ему наиболее удобной — бихевиоральная терапия, или же психоанализ, или лекарственная терапия, или что-то еще, — этот терапевтический процесс дает ключ к внутренним проблемам личности. Я-система пациента, его влечения и защитные механизмы могут проявиться посредством способа, с помощью которого он реагирует на частный вид терапии. Не имеет значения, проходит ли человек бихевиоральную, когнитивную или другого рода терапию: он ответит своим переносом на терапевта, своими установками к тому, что воздействовало на него, и своими чувствами относительно самого себя. Очень часто пациент станет говорить: “Мне ничто не принесет пользы. Я не могу откликнуться на это. Мне ничто не помогает”. И тогда придется иметь дело с фундаментальными проблемами пациента на другом уровне, отличном от того, который предлагает система, примененная вначале.

Мне невольно хочется рассказать вам историю о человеке, который долгое время проходил терапию и говорил психотерапевту: “Знаете, вы мне не помогаете. Фактически мне становится хуже, и я вообще не вижу прогресса. Кажется, мне никогда не станет лучше”. Так продолжалось каждый сеанс. Он атаковал психотерапевта жалобами о том, как ему плохо и никогда не станет лучше. Терапевт стал ему часто отвечать: “Хотел бы я иметь шесть таких пациентов, как вы”. Наконец, человек сказал: “Доктор, я хочу спросить вас. Я знаю, что доставляю вам трудности не один год. Как же вы продолжаете говорить мне, что хотели бы иметь шесть таких пациентов?” Тот ответил: “У меня двенадцать таких пациентов, как вы. Я хотел бы, чтобы их было шесть”.

## **Джадд Мармор**

# **ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС: ОБЩИЕ ЗНАМЕНАТЕЛИ РАЗЛИЧНЫХ ПОДХОДОВ**

*Джадд Мармор — адъюнкт-профессор психиатрии Калифорнийского университета, Лос-Анжелес. Получив диплом в медицинском колледже Колумбийского университета в 1933 году, он занимался медициной более 50 лет. Джадд Мармор был президентом Американской психиатрической ассоциации, Американской академии психоанализа, а также Группы совершенствования психиатрии. За выдающие достижения в области психиатрии Джадд Мармор был награжден Американским колледжем психиатров, а также Американской психиатрической ассоциацией. В настоящее время доктор Мармор входит в издательский совет 14 журналов. Он автор пяти и соавтор одной книги. Около 300 научных трудов написано им самостоятельно или в соавторстве. Большая часть его трудов посвящена психоанализу и человеческой сексуальности.*

*В качестве общей основы всех существующих в настоящее время направлений психотерапии Джадд Мармор выделяет семь факторов. Сам он является сторонником недирективных психодинамических методов, которые формируют автономию пациента. Он настаивает на тщательном изучении истории жизни пациента, указывая на то, что выбор терапии может быть продиктован диагностическими исследованиями. Терапевтические вмешательства должны основываться не на догме, а на стремлении к повышению уровня адаптации пациента.*

Моя карьера в психиатрии началась около 50 лет назад, в середине 30-х годов. В то время психоаналитические учреждения были единственным местом, где можно было научиться тому, как проводить психотерапию; никаких других направлений психотерапии тогда не существовало. Вместе с тем, середина 30-х годов была

временем интенсивного развития психоаналитического движения. Каждый из аналитиков, работавших тогда, отстаивал правоту своей школы. Среди них были классические фрейдисты, юнгианцы и адлерианцы; были приверженцы школ Карен Хорни, Эрика Фрома, Гарри Стака Салливана, а также последователи Абрама Кардинера и Сандора Радо, и каждая из этих школ предлагала свой особенный тип мышления. Таким образом, даже внутри самого психоаналитического движения существовало огромное разнообразие течений и противоречий.

Мне посчастливилось иметь в то время друзей в каждой школе, и я с интересом отмечал, что все они сообщали об одинаково удовлетворительных результатах. Их пациенты тоже были полны энтузиазма относительно опыта работы со своими совершенно разными аналитиками. Другое интересное наблюдение заключалось в том, что некоторые пациенты не могли добиться успеха независимо от того, у представителя какого направления они проходили терапию, и неудовлетворительные результаты, казалось, больше зависели от личных качеств терапевта, чем от его теоретической ориентации. Результаты наиболее понимающих, мудрых и эмпатических аналитиков оказывались наилучшими — независимо от той школы, к которой они принадлежали.

В итоге я спросил себя, почему психоанализ самых разных теоретических направлений достигает сходных результатов. Казалось очевидным, что, поскольку интерпретации разных терапевтических направлений были одинаково эффективны, причиной сходных результатов должен был быть некий общий терапевтический знаменатель, проходящий через все школы терапии.

Затем, в середине 50-х, мне представилась возможность изучить этот вопрос более глубоко. Я стал участником совместного трехлетнего исследования природы психоаналитического процесса, проводимого известным психиатром Францем Александером и его коллегами. В ходе этого исследования тщательно наблюдались и регистрировались через одностороннее зеркало терапевтические трансакции между рядом опытных терапевтов и их пациентами. Одна из отправных идей этого исследования заключалась в том, что ни терапевт, ни пациент не могут адекватно описать то, что происходит, потому что они являются неотъемлемой частью самого процесса; только внешний наблюдатель может объективно наблюдать целостность взаимодействий между терапевтом и пациентом. До того момента считалось, что наблюдение человека извне зна-

чительно модифицирует терапевтический процесс, но мы обнаружили то, что ныне является уже общепризнанным, а именно, что, за исключением первоначального самоосознания терапевта и пациента, терапевтический процесс идет как обычно.

Что же мы открыли? Возможно, наиболее существенным результатом этого долгого и тщательного исследования стало осознание всей сложности и множественности взаимодействующих составляющих психотерапевтического процесса, как вербальных, так и невербальных. То, что раньше рассматривалось как действия терапевта с пациентом или для него, теперь воспринималось как нечто, происходящее между ними, а “терапевтическая техника” оказывалась всего лишь одним из многих задействованных факторов.

Позвольте мне предложить вам некую идею того, что представляют собой эти факторы, и показать их роль в разных психотерапевтических направлениях.

Первым и наиболее важным элементом всех психотерапевтических транзакций является природа взаимоотношений между пациентом и терапевтом. Несмотря на широкое распространение этого термина, он, тем не менее, содержит в себе весьма большие неясности. Пациент обращается к терапии, испытывая боль, страдания, неприспособленность и запутанность, и ищет помощи у терапевта, социальный статус которого дает ему возможность оказывать помощь другим. Таким образом, пациент привносит с собой не только разной степени мотивацию, но и определенные ожидания и надежды на то, что терапевт ему поможет. Реальные качества пациента, которые он привносит в терапию, — его ум, социальная и профессиональная компетентность, его красноречие, его система ценностей и жизненная ситуация, — все они играют определенную роль в терапевтической транзакции, наряду с природой нарушений пациента, качеством и количеством его защит, сопротивлений, искажений переноса и степени существующей вторичной выгоды.

Некоторые терапевтические школы относятся с иронией к понятию переноса как к тому, что было придумано Фрейдом и не существует на самом деле. Дело, однако, в том, что явление переноса не было придумано Фрейдом. Он просто дал ему название. Это означает, что каждый человек привносит в межличностное взаимодействие определенные способы восприятия жизни и других людей, которые были определены его прошлым жизненным опытом. Эти переживания прошлого зачастую искажают то, как инди-

вид воспринимает свою нынешнюю реальность. Так, основываясь на прошлом опыте, индивид может чувствовать, что все авторитетные фигуры отвергают, наказывают, осуждают его и являются авторитарными. В результате в своей нынешней жизни он может искаженно воспринимать авторитетные фигуры и вследствие этого иметь по отношению к ним неоправданные ожидания. Эти бессознательные искажения составляют основу феномена переноса.

Чаще всего терапевт является идеализируемой фигурой, поскольку пациент идентифицирует его со своими желаниями и надеждами на то, что он будет для него безупречным родителем, способным оказать ему наиболее эффективную помощь.

У терапевта тоже есть свой опыт и история развития, которые могут приводить к определенным искажениям, несмотря на собственный психоанализ, пройденный им. В том случае, когда эти искажения привносятся в терапевтический процесс и оказывают влияние на то, как терапевт воспринимает своего пациента или ведет себя по отношению к нему, эти искажения составляют основу реакции контрпереноса.

Таким образом, терапевт тоже привносит в психотерапевтическое взаимодействие как свои сознательные, так и бессознательные качества. Его реальные качества — тепло, искренность, эмпатия, знания, внешность, эмоциональная зрелость, личный стиль и т.д. — играют важную роль во взаимодействии с пациентом. Если к этому добавить собственные эмоциональные потребности терапевта, его амбиции и систему ценностей, а также любые возможные искажения контрпереноса, то понимание сложных переменных, задействованных во взаимоотношениях *пациент-терапевт* будет еще более затруднено. То, как развивается и формируется матрица *терапевт-пациент* на каждой терапевтической встрече, является фундаментом, на котором строится терапевтический процесс и от которого зависит, будет ли исход этого процесса позитивным или негативным.

Помимо формирования матрицы, в психотерапевтическом процессе происходит также ряд других вещей. Прежде всего это снижение эмоционального напряжения, основанное на способности пациента доверять и выражать свои чувства человеку, на поддержку которого он надеется и который может оказать ему реальную помощь. При этом чем выше доверие к терапевту, чем больше надежда и ожидание помощи, тем сильнее у пациента чувство облегчения.



С помощью вопросов, конфронтации и интерпретаций, концентрируя свое внимание на одних предметах и игнорируя другие, а также за счет своих вербальных и невербальных реакций терапевт сообщает пациенту определенную когнитивную основу, на которой будет строиться терапия. Некоторые школы отрицают роль когнитивного научения как части терапии. Например, гештальт-терапевты или бихевиористы придают сравнительно мало значения когнитивному научению. Однако когнитивное научение, будь оно эксплицитным или имплицитным, является неотъемлемой частью любого психотерапевтического процесса, поскольку как только терапевт сообщает пациенту причину, стоящую за неким процессом, он сразу устанавливает когнитивную рамку. Фактически психодинамические терапевты как бы говорят: “У вас возникли эти проблемы в ходе вашего личного развития, во взаимоотношениях со значимыми для вас людьми в вашем прошлом. Это создало определенные искажения в том, как вы смотрите на жизнь и воспринимаете себя в настоящее время. Мы попытаемся раскрыть эти причины, и в процессе их раскрытия вы начнете чувствовать себя лучше”.

Гештальт-терапевты говорят своим пациентам, что их проблемы возникают из-за неспособности в достаточной степени осознавать свои чувства, что в ходе работы они научатся лучше выражать эти чувства и от этого почувствуют себя лучше. Это также является когнитивным обрмлением.

Бихевиористы, говорящие своим пациентам, что они приобрели определенные неадаптивные привычки в результате неправильно-го обусловливания, также устанавливают когнитивную основу, которая и определяет их терапевтический подход.

Во всех видах терапии существует определенная доля когнитивного научения, которая дает пациенту понятную, значимую и рациональную основу для понимания того, почему и как возникла его проблема. По мере разворачивания сопоставлений и интерпретаций все терапевты сообщают пациентам как о своих терапевтических целях, так и о своей системе ценностей. Иногда аналитики полагают, что строгое и тщательное соблюдение нейтрального отношения позволяет избегать сообщения ценностей, но это миф. Все терапевты, сознательно или бессознательно, с неизбежностью раскрывают свои ценности пациентам — тем, что они предпочитают комментировать, а что — нет, и тем, что они расценивают как здоровое проявление, а что — как невротическое.

В сущности, терапевтические цели большинства психотерапевтов в нашей культуре сходны между собой и отражают ее нормативные идеалы. Все, по сути, стремятся способствовать тому, чтобы пациент мог достичь удовлетворительных социальных и сексуальных отношений, эффективно работать и любить, и стать продуктивным и ответственным человеком.

Достижению этих целей в определенной степени способствует оперантное обусловливание. Это происходит за счет реакций, которые пациент получает от терапевта в ответ на свое вербальное и невербальное самовыражение. Некоторые типы поведения одобряются, а некоторые — нет. Это не всегда явно выражено. Одобрение может состоять в пожимании плечами или во взгляде. Оно может содержаться в интерпретации поведения как здорового или нездорового. Даже произнесенные за кушеткой “угу” аналитика и то, как он их произносит, являются реакциями, к которым пациент чувствителен. Рядом исследований экспериментально показано, что эти минимальные сигналы интереса или его отсутствия, одобрения или неодобрения не только влияют на содержание сообщаемого пациентом, но также действуют как система тонкого оперантного обусловливания, подкрепляющая одобряемые мысль и поведение и ослабляющая не одобряемые.

Другой вид оперантного обусловливания заключается в том, что Франц Александер назвал *корректирующим эмоциональным опытом*. В силу того, что терапевт по-другому реагирует на эмоциональное или поведенческое самовыражение пациента — более объективно, более эмпатически или более реалистично, пациент приобретает иного рода эмоциональный опыт по сравнению с тем, который он получил в своем прошлом от значимых фигур. Эти корректирующие эмоциональные переживания, возникая в рамках матрицы отношений пациент-терапевт, являются важными элементами терапевтического процесса.

Следующий фактор, который мы наблюдаем в психотерапевтическом процессе, заключается в том, что пациенты сознательно или бессознательно стремятся видеть в терапевте модель для себя, постепенно инкорпорируя некоторые эксплицитные ценности, проявление которых он наблюдал. Создание таких моделей аналитические психологи называют *идентификацией*, а терапия, основывающаяся на научении, называет это *социальным научением*. Нет сомнения, что это один из наиболее важных способов, с помощью которых люди учатся друг у друга.

Еще один фактор, присутствующий во всех видах терапии (даже в тех школах, которые пытаются это отрицать), — это внушение и убеждение. Всякий раз, когда терапевт представляет суть своего метода и подразумевает или открыто формулирует, что пациент почувствует себя лучше, если последует этой терапевтической модели — будь она динамической, гештальтистской или бихевиоральной — он использует внушение. Ожидание пациентом того, что ему помогут, имплицитная уверенность в том, что эта помощь неизбежно придет, если он будет действовать в соответствии с терапевтической программой, и само указание на то, что определенные паттерны поведения являются более желаемыми или “здоровыми”, чем другие, — все это подразумевает скрытые, если не явные элементы внушения и убеждения. Чем сильнее вера пациента в терапевта, чем выше степень идеализации или позитивного переноса, тем мощнее воздействие этих внушений на пациента.

Для того чтобы осуществить терапевтическое изменение, чтобы пациент научился чему-то (заметьте, я утверждаю, что по сути своей терапия является процедурой научения), необходимо определенное количество повторений и “репетиций”. Эти “репетиции” могут быть эксплицитными, как в некоторых типах бихевиоральной терапии; они могут быть имплицитными, как это происходит в так называемом процессе проработки в динамической терапии; они также могут быть намеренными, как в том случае, когда дается домашнее задание. Но независимо от того, как это делается, все то, чему научается пациент в результате психотерапевтического процесса, должно обобщаться таким образом, чтобы он умел применять эти новые адаптивные методы поведения в других аспектах своей жизни: со своим боссом, со своими друзьями, а также с супругом и детьми.

Я бы сравнил этот процесс научения с тем, как люди учатся играть в гольф или в теннис. Чтобы научить этому, одного когнитивного инсайта недостаточно. Простое понимание не позволяет добиться цели. На занятиях гольфом или теннисом тренер объясняет, что именно в ударе было не так. Вы не становитесь игроком в гольф или в теннис сразу (кстати, инструктора гольфа или тенниса могут принадлежать к разным “школам”, так что разные подходы к научению существуют не только в психотерапии).

Суть в том, что когда вы переживаете когнитивный инсайт, вам все еще необходимо научиться применять этот инсайт на практике, а это требует работы. Это происходит под мягким и эмпати-

ческим влиянием профессионала, который говорит вам: “Ну вот опять. Вы снова это сделали. Вы подняли голову. Вы забыли посмотреть на мяч” — и т.п. Через некоторое время вы научаетесь интроецировать это понимание и говорить себе: “Ну вот, я снова это сделал”. В дальнейшем, по мере продвижения, вы начинаете распознавать тенденцию даже до того, как вы это сделаете, и уже сможете это исправить. Как только вы полностью интроецировали и ассимилировали новый паттерн поведения, вы начинаете действовать так, как не умели ранее. Так же, как и в психотерапии, лучшие тренеры игры в гольф и теннис — это те, кто не осуждает и способен эмпатически вас поддержать в процессе преодоления ошибок. Если отношения с тренером имеют напряженный характер, лишены эмпатии и основаны только на критике, процесс научения будет затруднен.

Кроме того, в психотерапии существует различие между директивным и недирективным подходом. Пациентам можно оказать помощь обоими способами, но конечные цели и результаты могут быть весьма различными. Указывая пациенту, что ему делать, директивный терапевт способствует закреплению его зависимости и инфантилизма, хотя пациент и может почувствовать себя лучше, следуя этим указаниям. Недирективный терапевт стимулирует развитие автономии пациента, помогая ему научиться думать самостоятельно и в итоге действовать более зрело и следовать своим собственным директивам.

Подводя итоги, я хочу сказать, что по этим причинам существует по меньшей мере семь факторов, имеющих место в психотерапевтическом процессе. Самый главный из них — это взаимоотношения терапевт-пациент. К другим факторам относятся снижение эмоционального напряжения в контексте ожидания и надежды, приобретение когнитивного инсайта, оперантное обусловливание (включая корректирующие эмоциональные переживания), идентификация с терапевтом, внушение и убеждение, и, наконец, повторение и тщательная проработка новых адаптивных паттернов поведения и мышления.

Выявив наличие этих факторов в ходе моего исследования, я заинтересовался тем, присутствуют ли они в других терапевтических подходах. В шестидесятые и в начале семидесятых годов я много времени изучал работу психотерапевтов других направлений — либо наблюдая ее сам, либо с помощью видеозаписи. Все психотерапевтические школы стремятся объяснить успех своего

подхода тем единственным и уникальным принципом, который делает их технику отличной от всех других и, как предполагается, лучшей. Аналитически ориентированные психиатры приписывают свой успех особым когнитивным инсайтам и интерпретациям переноса; роджерианцы считают, что их техника, как никакая другая, способствует высвобождению механизмов самоактуализации пациента; бихевиоральные терапевты убеждены, что та специфическая техника обусловливания, которую они применяют, является причиной тех терапевтических результатов, которых они достигают; гештальт-терапевты делают акцент на разрядке подавленных эмоций; трансактный анализ позволяет пациентам осознать те игровые модели, которые они используют в своих межличностных отношениях, и т.д.

В результате исследования я пришел к выводу, что терапевтические успехи разных школ не могут быть приписаны ни одному из этих предполагаемых факторов исключительно. Я полагаю, что те факторы, которые я определил в качестве общих знаменателей динамической терапии, действуют также и во всех остальных подходах, хотя типы терапии различаются по роли, которую они отводят тому или иному из этих факторов.

Давайте проследим, как это происходит в некоторых направлениях. Роджерианский клиент-центрированный подход делает упор на создании позитивных взаимоотношений между клиентом и консультантом и предполагает, что необходимости во вмешательствах, основанных на интерпретациях, нет. Вместо того, чтобы давать интерпретации, консультант изредка эмпатически перефразирует пациенту его собственные высказывания. Предполагается, что в контексте этих “мягких” взаимоотношений пациент начинает перестраивать себя за счет своего внутреннего стремления к самоактуализации. Однако, наблюдая за ходом роджерианской терапии, можно сказать, что терапевт-роджерианец, предпочитая одни паттерны коммуникации и поведения другим, подкрепляет и стимулирует их, что выражается в тоне его голоса, выражении лица, в том материале, который он выбирает для перефразирования или в том, который он предпочитает вообще не комментировать. Он, таким образом, имплицитно сообщает пациенту свои ценности и терапевтические цели, неизбежно становясь моделью для идентификации. Столь же неизбежными становятся внушение и убеждение; при этом недооценивается когнитивный инсайт, и все то когнитивное научение, которое происходит, становится результатом

скорее имплицитной, чем эксплицитной коммуникации. Таким образом, в роджерсианской терапии присутствуют, иногда в модифицированной форме, практически все психотерапевтические переменные, которые я перечислил.

Кроме того, я изучил различные виды бихевиоральной терапии. Техника *реципрокной ингибции* доктора Вольпе является хорошим примером парадигмы в рамках этого подхода. Если понаблюдать за его работой, то станет ясно, что в проводимом им терапевтическом процессе происходит нечто гораздо большее, чем просто применение техники *реципрокной ингибции*. Его взаимоотношения с пациентом являются дружескими и эмпатическими; он тщательно изучает историю жизни пациента; он дает интерпретации; он сообщает свои ценности; он использует внушение и убеждение, говоря пациенту, что если он пройдет через ряд релаксаций, то начнет чувствовать себя лучше. Это не только внушение; это и когнитивная интерпретация, поскольку по сути содержит в себе следующее утверждение: “Так началась Ваша проблема — как результат неправильного обусловливания и формирования неправильной привычки. А в процессе переобусловливания этих привычек с помощью нашей техники вы почувствуете себя лучше”. Так что здесь тоже присутствуют все факторы, о которых я говорил ранее: качество отношений, когнитивное научение, корректирующие эмоциональные переживания, эмпатическая природа взаимоотношений между пациентом и терапевтом, моделирование и повторение.

Гештальт-терапия уделяет большое внимание разрядке эмоций и не придает особого значения когнитивному осознанию. Здесь делается упор на бескомпромиссную честность и самовыражение, на те аспекты, важность которых признается большинством психодинамических направлений. Но здесь тоже присутствует когнитивный элемент, поскольку пациенту прямо говорят или дают понять, что его болезнь есть результат неспособности по-настоящему распознать и выразить свои подлинные чувства и что путь к исцелению лежит через приобретение этой способности. Очевидно, что в этом утверждении содержится значительная доля внушения. Здесь мы наблюдаем в действии те же базовые переменные (но, возможно, в иной конфигурации): исходная разрядка эмоционального напряжения в условиях надежды и ожидания; сильное внушение, заключающееся в утверждении, что если будет выполняться программа терапевта, то наступает излечение; оперантное переобусловливание за счет явных или скрытых указаний на одоб-

рение или неодобрение терапевта; имплицитное или эксплицитное предъявление терапевтом себя в качестве модели для идентификации, а также эксплицитные техники повторения.

Как известно, гештальт-терапия часто проводится в групповом сеттинге, где благодаря групповому процессу эффект внушения и убеждения сильно повышается. Групповые терапии подразделяются на те же направления и школы, что и индивидуальные. И в условиях группы идеология оказывает влияние как на отношения между людьми, так и на ход терапевтического процесса. Условия группы создают более широкое разнообразие возможностей для переноса, чем индивидуальная терапия, а также дают импульс для корректирующих переживаний. Кроме того, в групповой ситуации новые адаптивные техники повторяются чаще, чем в индивидуальной терапии.

Факт тот, что терапия может иметь многообразные формы. На сегодняшний день в Америке существует по меньшей мере 300 видов психотерапии. Бурное развитие разных направлений терапии мы наблюдали предыдущую четверть века. Тогда возникли: когнитивная терапия, терапия отреагирования, бихевиоральная, индивидуальная, супружеская, семейная и групповая, а также разные комбинации из этих видов терапии. Существует терапия поэзией, книготерапия, арт-терапия и многие другие. Однако я никогда не сталкивался с терапевтическими подходами, в которых базовые элементы терапии, такие как отношения доверия и эмпатии между пациентом и терапевтом, внушение, убеждение, идентификация, эмоциональная поддержка, когнитивное научение, эмоциональная разрядка и проверка реальности, не были бы важнейшими компонентами терапевтического процесса и изменения пациента.

Несмотря на очевидный прогресс наших знаний в области психотерапии, мы не можем позволить себе самодовольства и самоуспокоения. Перед исследователями психотерапевтического процесса стоит масса неразрешенных вопросов, и не стоит брать на веру слова тех, кто говорит об исчерпывающих ответах. Одна из наиболее важных проблем, стоящих перед нами, заключается в том, чтобы с достаточной достоверностью определить, какая именно форма терапии наиболее подходит данному конкретному пациенту. Совершенно очевидно, что есть пациенты, которым в одинаковой степени может помочь любой из существующих видов психотерапии, но верно и то, что некоторым пациентам при опреде-

ленных условиях одни виды терапии подходят больше, чем другие. Так же, как нет наилучшего способа преподавать тот или иной предмет, так нет и наилучшего способа лечить всех людей во всех условиях.

Позвольте мне поделиться с вами одним своим убеждением. Я полагаю, что хорошее знание психодинамических принципов — это наилучший способ (из тех, что я знаю) придать процессу выбора терапии определенную степень рациональности, без которой этот выбор был бы случайным и даже опасным. Под психодинамическими принципами я подразумеваю не только анализ интрапсихических факторов. Я имею в виду знание и осознание всех тех переменных, которые способствуют формированию психопатологии пациента, включая биологические и интрапсихические факторы, межличностные процессы, а также социоэкономические условия. Чтобы добиться этого понимания, терапевту необходимо тщательно изучить историю развития пациента. Нужно знать не только то, что происходит в настоящем, но и то, что представляла собой история жизни индивида.

Подробное знание истории жизни выполняет по меньшей мере четыре важные функции при первоначальной оценке любой психотерапевтической проблемы. Во-первых, оно проливает свет на истоки нарушений. Возникло ли нарушение сразу или постепенно и незаметно? Много или мало было способствующих ему факторов? Были ли они обычным явлением или чем-то резко отличающимся от повседневности? Во-вторых, подробное знание истории жизни позволяет выявить те сильные качества пациента, которые он приносит в терапевтический процесс. Это может быть определено при оценке интеллекта пациента, его образования, того, как он проявлял себя в сексуальной сфере, в сфере брака и межличностных отношений, а также того, как он приспосабливался в социальном и профессиональном мире. В третьих, знание истории позволяет оценить относительный баланс между стрессами в жизни пациента и его способностью справляться с этими стрессами. Это помогает сфокусировать терапию. В четвертых, история показывает, на какую поддержку в окружении пациента можно рассчитывать при оказании ему помощи, поскольку эта внешняя поддержка имеет огромное значение. Обладает ли пациент финансовыми возможностями? Имеются ли у него профессиональные навыки? Лучшие терапевтические подходы в итоге оказывались безуспешными из-за слишком неблагоприятных условий жизни пациента.



Таким образом, тщательное изучение и анализ истории жизни пациента перед началом терапии помогает терапевту принимать важные решения относительно техники лечения, которая бы максимально подходила данному конкретному пациенту. Если история свидетельствует о недавно и резко начавшемся нарушении в результате сильного стресса, у пациента, который до этого обладал высокой способностью к адаптации, то можно с полным основанием утверждать, что трудности пациента могут быть преодолены при помощи одной из техник (или их комбинации), основанных на “мягком” вмешательстве, таких как модификация или устранение факторов стресса (возможно, за счет простого изменения в окружении), краткосрочная терапия, гипнотерапия, или с помощью различных бихевиоральных техник, направленных на смягчение внезапной тревоги или других симптомов.

С другой стороны, если предварительная оценка свидетельствует о длительной истории неадаптивного поведения с постепенно нарастающим нарушением межличностных взаимоотношений, нарушением самооценки и образа себя, а также с разного рода симптоматическими нарушениями, тогда терапевтический фокус должен быть направлен на помощь пациенту в достижении некоторых базовых личностных изменений и в более эффективном приспособлении к жизни. Для такого пациента скорее необходим когнитивный подход с более длительной терапией. У пациента могут также быть проблемы с социальным научением — некоторые люди плохо приспособлены лишь потому, что не овладели социальными навыками. Причины нарушений адаптации основаны не только на интрапсихическом конфликте.

И снова, если история показывает, что существенный фактор стресса заключается в определенной ситуации в семье, то семейная терапия была бы наилучшим решением этой проблемы. Если же мы имеем дело с подростком, динамика семьи которого хаотична, и в этом случае семейный подход также был бы наиболее подходящим. Я пришел к выводу, что в целом при работе с детскими нарушениями семейная терапия является более эффективным средством, чем индивидуальный подход, хотя могут быть обстоятельства, при которых следует применить оба подхода.

По этой же схеме, психодинамическое понимание внутренней структуры личности пациента повышает способность терапевта разумно планировать лечение. Это понимание можно представить

в виде таких вопросов: страдает ли пациент базовой неспособностью доверять другим? Обладает ли он пониженным контролем за своими импульсами или тем, что аналитики называют слабым *Сверх-Я*? Является ли он жертвой чрезмерно строгого и тиранического *Сверх-Я*, постоянно наказывающего его за то, что другие люди считают само собой разумеющимся? Является ли пациент незрелым, пассивным, зависимым человеком, страдающим от низкой самооценки? Является ли он чрезмерно ригидным, с чрезмерным самоконтролем и дистанцией, страдающим навязчивостью? Чем лучше мы понимаем эту особую динамику личности, тем более эффективно и осмысленно можем фокусировать наши терапевтические воздействия. *Именно эта способность оценивать внутреннюю и внешнюю динамику пациента и его жизненной ситуации отличает сфокусированное воздействие профессионального психотерапевта от простой эмпатии близких друзей и от неосмысленных уловок неквалифицированных и беспринципных поставщиков терапевтических услуг.*

В заключение я хотел бы выразить надежду, что мне удалось разъяснить суть природы психотерапевтического процесса, а также общих знаменателей, лежащих в основе широкого разнообразия терапевтических подходов, того разнообразия, которое возникло в недавнее время. Я надеюсь также, что когда-нибудь мы увидим, что споры по поводу превосходства той или иной техники прекратились, и сможем посвятить себя решению фундаментальной и гораздо более насущной задачи создания единой науки психотерапии, которая позволит нам соединить пациента, терапевта и технику воедино, с тем, чтобы желаемая цель — психическое здоровье людей — была достигнута наиболее эффективным, экономным и гуманным способом.

Наконец, я хотел бы выразить свое отношение к различным школам психотерапии, используя басню моего любимого автора Джеймса Тербера. Тербер говорит о дворовом петухе, который нашел позолоченное гусиное яйцо и, вопреки скептицизму куриц, настаивал на том, что из этого яйца вылупится бесценный золотой гусь. Петух упорно высиживал это яйцо до тех пор, пока однажды оно не раскололось, и это положило конец его мечте. Мораль Тербера, вполне применимая к области психотерапии, как и ко всякой другой науке, заключается в том, что гораздо мудрее сомневаться, чем быть абсолютно уверенным.

## *Комментарий Аарона Бека*

Я получил удовольствие, читая статью доктора Мармора. И подумал о том, что мне бы стоило проделать своего рода вторичную проработку, так, чтобы был по-настоящему понятен смысл. Затем у меня возникли некоторые дополнительные идеи.

Лично я нахожусь под сильным влиянием Франца Александера, а также Т.М. Френча, которого я считаю величайшим психиатром. Хотя Александер и не использовал слова “научение”, он написал замечательную статью “Психотерапия как процесс научения” (Александер Ф. Динамика психотерапии в свете теории научения, Бюллетень Философской ассоциации психоанализа, 1964). Научение, конечно же, является когнитивным процессом.

Работа Френча, посвященная когнитивным паттернам, как в сновидениях, так и в идеационном материале, оказала на меня большое влияние. В результате на ранних этапах своей профессиональной деятельности я занялся изучением сновидений с целью проверки различных психоаналитических гипотез относительно природы депрессии. В итоге та модель, которую я получил, оказалась в большей мере когнитивной и в меньшей — мотивационной, чем та, с которой я начал. Я хотел использовать данную возможность, чтобы выразить свое высокое мнение о Чикагской школе, как в целом, так и в отношении моего личного становления.

Я хотел бы представить вам еще несколько биографических данных, чтобы вы лучше смогли понять мою мысль. Я получил образование в Филадельфии, но двое из моих учителей, оказавших на меня наибольшее влияние, получили свое образование в Чикаго, и поэтому я с уважением отношусь к феномену корректирующего эмоционального опыта, которое также был описан Францем Александером. Я также высоко оцениваю понятие переноса. Один из выводов, который я для себя сделал и который, скорее, приблизил меня к психоанализу, чем отдалил от него, заключался в том, что возникновение понятия переноса важно по многим причинам, но его применение в психоанализе оказалось малоэффективным. Я объясню вам, что именно я имею в виду, при помощи одного выражения, которое кажется парадоксальным.

В течение долгого времени я занимался формальным психоанализом. Пациенты выполняли фундаментальное правило — делились своими свободными ассоциациями — и, в соответствии с принятыми тогда стандартами, этот процесс занимал длительный пери-

од времени. У меня проходил анализ пациент, страдающий депрессией. Он атаковал меня в течение всей сессии, и в конце я сказал: “Что ж, Мак, вы, должно быть, чувствуете себя гораздо лучше теперь”, — так как считал, что депрессия является скрытой формой агрессии. Поскольку он отреагировал агрессию, то и чувствовать себя должен был лучше. Но он сказал: “Нет, я вовсе не чувствую себя хорошо. Наоборот, мне стало гораздо хуже”. Я сказал: “Это, однако, звучит странно. Как вы думаете, почему?” Он ответил: “Все то время, пока я рвал Вас на части, я не переставал думать. Я такой ужасный человек. Я так безжалостно нападаю на бедного доктора Бека. Я гадкий, недостойный человек...” — и так далее в том же духе. Я сказал: “Это странно. Ваш анализ длится год, и вы мне никогда раньше этого не говорили. Я много раз спрашивал вас, что вы чувствуете по отношению ко мне, и вы всегда говорили что-нибудь враждебное”. Он ответил: “Вы знаете, это действительно странно. Я никогда не собирался Вам этого говорить”. Я спросил: “Что именно?” Он ответил: “Эти мысли возникают у меня в голове и сразу исчезают, появляются и исчезают, и пока я специально не обращаю на них внимание, я просто о них забываю. И не собираюсь их сообщать”.

Этот эпизод помог мне кое-что понять. Следующая сессия у меня была с женщиной, которой был поставлен диагноз истерии, который я не считал вполне правильным. Все, о чем она рассказывала, звучало весьма драматично. Всю сессию она делилась со мной своими сексуальными приключениями. В конце сессии я спросил ее, что она чувствовала. Она ответила: “Я испытываю ужасную тревогу”. Я считал, что имел тенденцию принимать людей с эмпатией и поэтому спросил: “Почему вы испытывали тревогу? Я принимал все, что вы говорили, и не критиковал. Я таких вещей не осуждаю”. Она ответила: “Я не знаю. Мне все равно кажется, что вы не одобряете моих сексуальных приключений. Вы для меня олицетворяете мое Сверх-Я. Мои родители осудили бы, и поэтому я по-прежнему боюсь осуждения”. Тогда я спросил: “Вы действительно боитесь моего неодобрения?” Она ответила, что да. Тогда я спросил: “Скажите, думали ли вы о чем-либо еще, когда говорили мне это?” Она сказала: “Да, я боялась, что могу вам наскучить”. Я переспросил: “Наскучить мне?” Она ответила: “Да, я всегда испытываю страх оттого, что могу вам наскучить”. Тогда я спросил: “А как это связано с тем, что вы мне рассказываете о своих сексуальных переживаниях?” Она ответила: “Я пытаюсь вас

развлечь, чтобы Вам не было скучно”. Я спросил: “Не то же ли самое вы делаете в своей жизни вообще? Там вам тоже кажется, что вы должны развлекать людей?” Она ответила: “Да, мне кажется, что я очень неинтересный человек, и люди меня отвергнут, если я не буду доминировать в разговоре”. Получилось так, что то, что происходило в той терапевтической сессии, было описано доктором Мармормом. Это представляло собой “биопсию” ее жизни в целом и ее боязни осуждения со стороны других людей как социально нежелательного человека. Как следствие, она компенсировала это такого рода эпатирующим поведением.

С этого момента всякий раз, когда у пациента возникало неприятное чувство во время сессии, я спрашивал его, о чем он думал за минуту до этого. Я обнаружил, что информация об этом давала мне такой материал, который сильно отличался от того, что я получал в обычной терапевтической сессии. Впоследствии я проделывал это со всеми пациентами. Даже несмотря на то, что эти пациенты проходили терапию в течение многих месяцев, и под контролем моих супервизоров я проводил вполне “правильный” анализ, отныне я получал такой материал, который не был бессознательным, но мог бы быть назван предсознательным. Он был вполне доступен — стоило только сфокусироваться на нем.

В итоге я изменил свой терапевтический подход в целом. Интересно, что несколько лет спустя Альберт Эллис и я обнаружили, что совершенно независимо друг от друга мы имели схожий опыт, свидетельствующий о существовании определенного мыслительного уровня, который человек переживал, но к которому не имел доступа. Я изменил тактику и стал просить пациентов сообщать о своих мыслях, которые возникали у них до того, как они испытывали определенные чувства. Я обнаружил, что когда они сообщают о чувстве грусти или подавленности, то обычно бывают недовольны собой или видят свое будущее в негативном свете, или отрицательно оценивают свои переживания. Если же они испытывали тревогу, то это означало, что они ожидали, что с ними случится что-то плохое. Если они испытывали злобу, то этому обычно предшествовала умышленно и неумышленно нанесенная им обида. Если они испытывали маниакальное чувство, то ему обычно предшествовали мысли о неумении себя контролировать и т.д.

Я приведу пример того, как я это использовал. Я начинал анализ переноса до того, как пациент первый раз входил в кабинет.

У пациента к тому моменту перенос уже был сформирован, так что я готовился задавать проверочные вопросы. Мне казалось, что пациент грустен и полон плохих предчувствий. Я спрашивал: “О чем вы думали, когда ждали момента, когда можно будет войти?” Почти все отвечали примерно одинаково: “Я думал, что вы меня отвергнете, что вы не захотите взять меня в качестве пациента”. Я спрашивал: “Почему?” Пациент отвечал: “Вы заставили меня ждать в течение пяти минут, так что мне показалось, что вы, возможно, не хотите меня видеть”, или: “Я заметил, что вы рано меня пригласили. Должно быть, подумали, что у меня очень серьезные проблемы, и по этой причине не захотите меня взять в качестве пациента”, или: “Вы пригласили меня как раз вовремя. Вы это проворачиваете, как на фабрике. Все работает по часам, и вам на самом-то деле на пациентах наплевать”. В этом заключается один из аспектов моего подхода.

Второй способ проверки состоял в том, что я обращал внимание на аффект пациента. Например, когда одна пациентка сообщила мне некий интересный материал, я дал ей некую интерпретацию, которую посчитал точной в отношении ее чувств. Я заметил, что она помрачнела, после чего сказала: “Знаете, а вы правы”. Но я все же заметил, что она помрачнела, и спросил: “О чем вы думали именно в тот момент?” Она ответила: “Ах, я подумала, что я, должно быть, очень глупа, если не подумала об этом сама”.

Задавая такие вопросы сразу, вы можете быстро получить необходимый материал. Оказалось, что важнейшим вопросом всей жизни этой пациентки было то, что она считала себя глупой. Поэтому, чтобы получить этот материал, мне не надо было ждать, чтобы это проявилось в полной мере. Затем я мог бы спросить: “Вы когда-нибудь выносите эти мысли за рамки сессии?” — и посоветовать: “Записывайте их, чтобы не упустить из виду”. Существует много способов фиксации такого рода мыслей. В этом заключается второй существенный аспект переноса. Я полагаю, что его необходимо осознавать настолько полно, насколько это возможно. Он играет важную роль в понимании взаимоотношений пациент-аналитик.

Есть еще одна вещь, касающаяся реакций переноса, о которой стоит помнить. Ее также может проиллюстрировать случай, описанный выше. Если вы не знаете, как именно пациент реагирует на вас, то терапия в целом становится непродуктивной. Если бы

я продолжал излагать свои интерпретации в том же духе, как бы правильны они ни были, это, я уверен, заставило бы пациентку почувствовать себя еще хуже. Так что не следует забывать о возможности такого исхода. Даже если вы проводите активную терапию, вам все равно всегда надо помнить о тех трансакциях, которые происходят между пациентом и терапевтом.

В настоящее время уже написана книга об общих чертах различных видов терапии, она называется “Я: когнитивная психотерапия и ложные гипотезы”. Она состоит из двух томов и ее автором является Виктор Рейми. Он проанализировал каждый вид терапии так же, как это сделал доктор Мармор, и показал, что все направления терапии, особенно роджерианская терапия, методам которой он обучен, имеют в своей основе когнитивную структуру. Даже оперантное обусловливание содержит когнитивные элементы. Когда терапевт одобряет то, что вы говорите, это имеет определенное значение. Но это значение не всегда позитивно. Для пациента оно может заключаться в том, что терапевт одобряет что-либо лишь потому, что пациент говорит то, что он хочет. Он пытается вынудить его подчиняться. Это может иметь негативные последствия, но все же имеет определенное значение, что наносит ущерб чувствам пациента и его поведению в будущем. Так что нам всегда необходимо обращать внимание на значение, и я уверен в том, что доктор Мармор, говоря о когнитивном научении, пытался передать именно эту мысль. Значение является существенно важным во всем, что терапевт делает.

Следующая часть моего обсуждения касается трех важных, на мой взгляд, пунктов. Один из них — это “корректирующий эмоциональный опыт”. Второй я называю “воздействие, результат и черный ящик”. Третий — “итоговое решение”. Под этим я имею в виду вопрос о том, как можно объяснить тот факт, что все виды терапии являются эффективными, и это будет содержать в себе некоторое расширение того, что утверждает доктор Мармор.

Когда мы говорим о корректирующем эмоциональном опыте, возникает вопрос: “Что мы корректируем?” Мне кажется, что в этом заключается важный момент. Эмоциональный опыт очень важен, и нам необходимо определить, что мы под ним подразумеваем. Мне кажется, что корректируется некоторого рода когнитивная констелляция, которая имеет разного рода искажения. Так и происходит в переносе во время психоанализа, но мне кажется,

что к этому можно подойти быстрее с помощью тех проверочных вопросов, о которых я говорил ранее.

Наконец, что я имею в виду под терминами “воздействие” и “результат”? Единственное, о чем нам становится известно в результате нашего взаимодействия с пациентом, — это то, что привносится и что получается в результате. Мы можем записывать интервью на видео, мы можем проводить наблюдения, как это делал доктор Мармор в своей экспериментальной работе. Но все, что можно наблюдать — это поведение терапевта и поведение пациента. Из этого можно делать определенные выводы о взаимоотношениях между воздействием и результатом. Среди важных элементов, которые составляют воздействие, необходимо прежде всего отметить так называемые неспецифические факторы, или роджерсианскую триаду эмпатии и желаний. Их нелегко подвергнуть измерению, но их легко наблюдать.

Еще одним важным аспектом я считаю технический. В рамках контекста “хороших” взаимоотношений успех или неудача терапии будут зависеть от терапевтических техник. Как верно отметил доктор Лазарус, коммуникация представляет собой почву, но именно техника приводит к росту на этой почве, т.е. изменению. С точки зрения техники, когда к вам попадает пациент в исключительно тяжелом состоянии, например, с синдромом навязчивости, который целый день моет руки или жует жвачку, если вы не применяете правильную технику, то самые лучшие в мире терапевтические отношения ни к чему не приведут. Таким образом, в рамках отношений терапевтические вмешательства играют решающую роль. Как заметил доктор Мармор, проблема заключается в том, чтобы применять соответствующие вмешательства к соответствующему пациенту и соответствующей проблеме.

Другим важным аспектом воздействия терапевта является то, как он структурирует терапию. На мой взгляд, для терапии существует оптимальная структура, которая может различаться в зависимости от каждого конкретного человека. Например, автономный человек добьется больших успехов при несколько меньшей структурированности. Если он обладает самостоятельностью, то может оказаться достаточным просто помочь ему начать некоторое движение, и затем корректировать его по ходу. Вероятнее всего, он сам будет двигаться в правильном направлении. Зависимому человеку нужна более высокая структурированность. Он будет использовать целую сессию или всю терапию для удовлетворения своей



потребности в зависимости, вместо того, чтобы попробовать применить то понимание, которого он достиг, или интегрировать любые другие типы воздействия, применяемые терапевтом. Таким образом, в данном случае структура необходима.

Как отметил доктор Мармор, причинное обоснование, выдвигаемое перед пациентом, также весьма важно, даже если оно неверно (я не испытываю особого удвоительства, говоря это, так как мне не нравятся неверные обоснования). Причинное обоснование, которое поможет пациенту интегрировать получаемую им информацию в том направлении, в котором ему необходимо двигаться, может выступать в качестве карты или формы для заполнения. При помощи простой реорганизации опыта пациента причинное обоснование может сделать его более чувствительным к воздействиям и помочь ему лучше справиться с проблемой. Например, старое причинное обоснование бихевиоральной терапии, а именно та идея, что тревожный человек в прошлом прошел через неправильное сочетание условного рефлекса с безусловным, и что это может быть преодолено за счет техник релаксации, которые нарушают связь между условными и безусловными стимулами, и что пациенту в результате этого воздействия, основанного на релаксации, станет лучше, — имело для пациентов определенный смысл. Таким образом, на технику релаксации они реагировали позитивно. Лично я не уверен, что именно это происходит при систематической десенситизации, но именно на это “покупаются” пациенты, в результате чего им становится лучше.

Особенности причинного обоснования и тех обещаний, которые дает терапевт, имеют огромное значение. Например, некоторые терапевты применяют углекислый газ ( $\text{CO}_2$ ) как средство релаксации пациентов (Вольпе, 1973). Это меня всегда удивляло, так как на уровне физиологии  $\text{CO}_2$  действует как возбудитель, и то, что он вызывает релаксацию, кажется, по меньшей мере, странным. Затем я прочел материалы исследования, проведенного в Голландии, в котором одной группе испытуемых дали смесь, состоящую из 40% углекислого газа и 60% кислорода, и сказали, что она понижает тревожность. И в самом деле, по всем физиологическим показателям они стали менее тревожными. Другой группе дали такую же смесь, но сказали, что она вызывает легкое возбуждение, и, действительно, у каждого пациента было зафиксировано повышение физиологического возбуждения. Так что, основываясь на том, что сказал доктор Мармор, можно сделать вывод,

что существует некое следствие, вызванное ожиданиями пациента: то, что вы говорите пациенту по поводу того, к чему приведет ваше воздействие, обязательно будет иметь следствием то, что на самом деле происходит.

Итак, я описал то, что представляет собой Воздействие. Что касается результата, то он просто-напросто сводится к наблюдаемому поведению — к тому, как ведет себя пациент, а также к тому, что он говорит — если, конечно, на это можно полагаться. Лично я верю в то, что потребитель всегда прав. Если пациент говорит, что ему хуже — верьте ему. Если он думает, что ему лучше, но демонстрирует все признаки того, что депрессия, или, скажем, тревога, которая у него была, возросла, то это является мерой результата.

Суть вопроса заключается в том, что именно происходит в голове, в душе, в мозгу, короче говоря, в Черном Ящике. Чтобы правильно ответить на этот вопрос, нам необходимо уяснить, в чем заключается то общее, что присутствует во всех видах психотерапии и что делает их эффективными. Уяснив суть этого общего компонента, мы сможем понять некоторые общие принципы того, почему люди достигают прогресса. Доктор Мармор подробно осветил это в своей работе.

Наверное, наиболее решающим фактором в отношении того, что происходит внутри человека, является возбуждение аффекта. Если должно произойти изменение, то оно должно произойти в тот момент, когда человек испытывает состояние подъема. Например, Джером Франк провел эксперимент, в котором он оказывал на пациентов определенное воздействие, приводящее к возникновению у них инсайта на фоне инъекции плацебо адреналина (Франк, Д.Д., 1961). Оказалось, что в состоянии возбуждения от введения адреналина они оказались более восприимчивы к воздействию. Мы вернемся к вопросу о восприимчивости позже, а сейчас я хотел бы обратить ваше внимание на некоторые явления, за которыми мы можем наблюдать как клиницисты и которые отличаются в разных школах терапии.

Во-первых, согласно наблюдениям Фрейда,отреагирование и катарсис характеризуются высокой интенсивностью (я думаю, это был случай Анны О.). В ходе терапии эта молодая женщина, страдающая истерическим параличом, вспоминала о своих более ранних переживаниях, например, о том, как она ухаживала за своим отцом и испытывала к нему сексуальные чувства. В конечном итоге

у нее сформировался целый ряд симптомов, которые были связаны с этим опытом ухаживания. Когда это воспоминание всплыло и она пережила катарсис — не просто как воспоминание, а как сильный эмоциональный взрыв — тогда и только тогда начало происходить изменение. В ее случае было очевидно, что изменение произошло потому, что она избавилась от своих истерических симптомов.

В бихевиоральной терапии наиболее мощным орудием является конфронтация, поток, предотвращение ответа и т.д., то есть все, что подразумевает повышенное ощущение реактивности. Систематическая десенситизация, которая заключается в продвижении человека вверх по иерархии, содержит аффективные реакции. Человек не может перейти на ступень выше до тех пор, пока у него не возникнет определенная эмоциональная реакция. Только после этого он сможет перейти на следующую ступень иерархии. Так что даже систематическая десенситизация, которая находится как бы на другом конце спектра, включает в себя аффективный элемент.

Питер Сифнес весьма преуспел в краткосрочном лечении различных состояний. Как он называет терапию, которой он занимается? Он называет ее “краткосрочная провокативная терапия тревоги”. Используя такого рода краткосрочные воздействия, он сознательно пытается вызвать тревогу и, очевидно, достигает больших успехов. Вчера я имел возможность просмотреть запись работы доктора Мастерсона с его юным пациентом. Он тоже пытается мобилизовать аффекты пациента путем непрерывной конфронтации. Я полагаю, что доктор Мастерсон работает под девизом, что в терапии ничего нельзя добиться, если не происходит возбуждения аффекта.

Психодрама и гештальт-терапия являются моделями, основанными на переживаниях. Когда мы говорим “переживание”, то подразумеваем вовлеченность некоего чувства. Очевидно, это не просто интеллектуальное переживание. Здесь также играет роль феномен возбуждения аффекта.

Ну а как насчет когнитивной терапии, столь рациональной и интеллектуализированной? К нам приходит пациент, страдающий депрессией, и мы сразу же начинаем проверять его реальность. Где в когнитивной терапии заключается когнитивное возбуждение? На том этапе, на котором я начал, необходимости в возбуждении аффекта нет. Пациент в состоянии депрессии уже возбужден. Он

уже приходит с чувством грусти. Прежде всего, вы стремитесь облегчить это чувство грусти к тому моменту, когда он выйдет из вашего кабинета. Поэтому вы стремитесь сразу же проникнуть в когнитивные структуры. Вам не надо беспокоиться по поводу аффекта, поскольку он уже там присутствует.

Но в случае пациентов, страдающих тревогой, все обстоит по-другому. Многие пациенты, страдающие тревогой, настолько счастливы уже от того, что могут пообщаться с человеком, который их поддерживает, что во время терапии они не испытывают никакой тревоги. Что мы делаем в этом случае? Мы используем некоторые техники из других школ терапии с целью повышения тревоги у пациента — для того, чтобы начать движение. Мы используем ролевое разыгрывание, некоторые психодраматические техники, мы, конечно же, применяем конфронтацию, мы заставляем человека сконцентрироваться на отрицательных переживаниях. Если он боится определенных ситуаций, мы отправляемся вместе в эту ситуацию с тем, чтобы в ней проявилась его глубинная проблема и он ее по-настоящему пережил. Только после этого мы можем осуществить наше вмешательство. Вообще, вмешательство является бессмысленным до тех пор, пока не возбужден аффект.

На следующей стадии терапии мы уже имеем дело с тем материалом, который в результате наших действий стал более доступным для работы. Я не думаю, что именно возбуждение аффекта и последующее вмешательство на фоне этого аффекта приводят к изменению. На мой взгляд, при возбуждении аффекта происходит активация некоей глубинной констелляции. Человек испытывает тревогу, когда он находится в социуме. Когда он испытывает тревогу, активируется его страх неодобрения, страх выглядеть неловким, страх быть отверженным людьми, которые его окружают, страх, что люди будут вести себя так, будто его здесь нет. В момент возбуждения аффекта, когда у пациента возникают мысли о своей “социальной нежелательности”, терапевт может перевести его на следующую стадию терапии, третью по моей классификации, стадию проверки реальности — переоценки тех мыслей, которые стали доступными для работы на предыдущей стадии. При помощи разнообразных методов, разработанных Эллисом, мной и нашими коллегами, пациент начинает проверку реальности. В этот момент он осознает, что неправильно построил ситуацию, не на стерильном интеллектуальном, а на эмоциональном уровне, уровне переживаний.

Таким образом, механизм изменения, по крайней мере у большинства пациентов — у тех, на кого терапия оказывает воздействие, как мне кажется, связан с тем фактом, что те констелляции, которые приводят к неадаптивному поведению или симптомам, становятся доступными для работы с ними.

Переходя к ответу на вопрос, почему эффективны виды терапии, принципиально отличные друг от друга, я хотел бы отметить, что все они в конечном итоге воздействуют на то, как индивид перерабатывает информацию. Я надеюсь, что мне удастся это объяснить в ходе моих рассуждений. В первую очередь я хотел бы пояснить, что я подразумеваю под переработкой информации. На этот счет бытует то воззрение, что если бы мы не обладали способностью адекватным образом добывать информацию из окружающей среды, а также адекватно ее синтезировать и адекватно действовать на ее основе, то мы бы жили очень недолго. Мы бы жили, как слепые, и умерли или были бы убиты. Так что нам необходимо иметь связь с окружающей средой, делать соответствующие выводы и адекватно действовать на их основе. Однако в случае психопатологии происходит определенное нарушение процесса переработки информации. Иногда можно встретить людей, страдающих тяжелой депрессией, возникшей после приема лекарств против давления. Они неадекватно перерабатывают информацию и впадают в депрессию. В данном случае интересно следующее: для того, чтобы исправить процесс неадекватной переработки, вам не нужно давать им никакого другого лекарства. Вы можете добиться этого иными методами. В роли психологического антидепрессанта может выступать переключение когнитивной или информационной сферы на другие каналы.

Я полагаю, что разные виды терапии эффективны потому, что все они в конечном итоге воздействуют на процесс переработки информации. Проводились исследования, в которых когнитивная терапия сравнивалась с лечением депрессии при помощи антидепрессантов. В целом когнитивная терапия оказалась столь же эффективной, что и терапия лекарствами, а по некоторым данным, даже более эффективной. Если рассматривать лишь те случаи, в которых произошло улучшение, как в случае когнитивной и медикаментозной терапии, и проследить за тем, как изменилось мышление человека в ходе терапии, то обнаруживается, что после когнитивной терапии у пациентов происходит четкое изменение в восприятии себя, своего будущего и своего мира. Интересно, что такие же изменения наблюдаются и после лекарственных

препаратов. Исследователи, пытавшиеся объяснить этот факт, утверждают, что все виды терапии неспецифичны, равно как и вызываемые ими изменения, но я считаю, что происходит именно специфическое изменение. Это изменение касается того, как индивид перерабатывает информацию. Первоначально индивид перерабатывает всю информацию негативно. Затем, в результате когнитивного или биохимического вмешательства, он начинает перерабатывать информацию по-другому.

Но почему две столь различные процедуры: одна — введение в организм определенной молекулы и другая — восприятие некоего высказывания терапевта, наряду с сопровождающим это высказывание выражением его лица, — вызывают одно и то же изменение? Мое мнение такового, что разные виды терапии эффективны потому, что они воздействуют на взаимосвязанные системы. Существует своего рода внутренняя синхронность механизма обратной связи, при которой нельзя воздействовать на одну систему, не оказав при этом воздействия и на другую. Все системы функционируют так же взаимосвязанно, как сердце и легкие. По-настоящему целительная терапия (в противоположность такой терапии, при которой человеку становится хуже, так как терапевт воздействует на одну систему, что приводит к воздействию и на другие) проходит таким образом, что воздействие на одну систему вызывает эхо, резонанс в других системах. Так что для меня нет больше тайны в том, почему все столь различные виды терапии могут быть эффективными.

Нам нужно сделать две вещи. Одна состоит в том, о чем упоминал доктор Мармор — в определении того, какое терапевтическое вмешательство наиболее адекватно для каждого конкретного пациента, то есть как достичь лучшего “попадания”. Кроме того, нам необходимо совершенствовать терапию, используя наши теоретические знания для того, чтобы сделать ее более экономной. На мой взгляд, дни, когда мы могли экспериментировать с нашими пациентами, переходя от одной формы терапии к другой, и в итоге находить нечто подходящее, давно прошли. Нам необходимо быть более экономными в средствах, в противном случае наш заказчик не захочет иметь с нами дело.

Заключительное утверждение терапии — а также моей речи — состоит в том, что нам необходимо сосредоточиться на черном ящике. Мы не должны думать только о технике. Нужно также думать о том, что происходит внутри пациента и что следует изменить в контексте всех патогенных влияний внутри черного ящика.

## Ответ доктора Мармора

Я благодарен доктору Беку за то, что он столь блестяще прокомментировал мои утверждения. Из того, что он сказал, я ничему не стал бы возражать.

Я хотел бы лишь обсудить только два небольших вопроса. На мой взгляд, одно из наиболее важных положений, возникших в последние двадцать лет в психотерапии, состоит в признании важности активности терапевта. На раннем этапе развития психотерапии в нашей стране в ней доминировала аналитическая направленность, которая навязывала терапевту пассивную позицию. Это было хорошей моделью для исследования, но плохой терапевтической моделью, особенно в отношении ее эффективности. На мой взгляд, один из факторов, который характеризует представленные здесь направления, заключается в том, что все они являются весьма активными моделями. Они предполагают целенаправленную и рациональную активность со стороны терапевта, выполняя при этом две задачи: она представляет собой не только техническое вмешательство, но и сообщает пациенту на уровне бессознательного, что он не безразличен терапевту, что терапевт старается, что он честно прикладывает максимум усилий для того, чтобы ему помочь. Это само по себе является важным терапевтическим средством.

Проблема когнитивного научения, затронутая доктором Беком, действительно актуальна. Я думаю, что определенный когнитивный элемент присутствует в каждом терапевтическом подходе. Я бы хотел обратить ваше внимание на то, что когнитивное научение не является чем-то общим, если мы имеем дело с рационально настроенным и хорошо образованным терапевтом. Даже если он и может поставить свою когнитивную модель на другую основу, то в итоге все терапевты имеют дело с одним и тем же, имеют одну и ту же цель и говорят пациентам примерно одно и то же, но в контексте разных моделей. Терапевты стремятся выработать некоторое рациональное обоснование, рациональную основу для того, чтобы подвести пациента к более зрелому и эффективному поведению. Следовательно, техника действительно важна. Я хочу подчеркнуть, что любая конкретная техника не является по сути своей абсолютным и исключительным условием в терапии любой школы. Другие техники могут дать такой же результат. Но все же некоторая доля техники является неперенным условием. Проводить терапию без какой бы то ни было логической основы означает сделать ее диффузной, не несущей никакого значения и в итоге бессмысленной.

На мой взгляд, существенно важным пунктом, отмеченным доктором Беком, является структурирование процесса терапии. Несколько лет назад был проведен известный эксперимент с реципрокной ингибцией, в котором студенты, боящиеся змей, были разделены на две группы. Одной группе сказали, что цель проводимого эксперимента состоит в изучении механизмов формирования фантазий. Их просили вызвать у себя фантазии по иерархии тех вещей, которых они боялись. Другой группе сказали, чтобы они сделали то же самое, но что цель этого сугубо терапевтическая и заключается в том, чтобы научить их преодолевать фобию змей. Как вы можете догадаться, первая группа научилась вызывать у себя фантазии, но не преодолела своего страха перед змеями, в то время как вторая группа, делая то же самое, но имея ожидания терапевтического эффекта, преодолела свои фобии перед змеями.

Важное значение когнитивного воздействия для пациента неоспоримо, и обычно это воздействие в виде селективного процесса. Люди, выбирающие ту или иную школу терапии, делают это потому, что они уже предрасположены к ней тем или иным образом. Люди, стремящиеся к экспрессивному виду терапии, не предпочитают ей когнитивно-аналитический тип. В начале происходит процесс селекции. Это то, что Джером Фрэнк назвал “разделяемой мифологией”, которой для успеха терапии должны следовать и пациент, и терапевт. Важно и то, чтобы когнитивное воздействие имело для пациента смысл, который дал бы ему значимое рациональное обоснование того, что происходит в его жизни, тем самым давая ему способность к изменению.

На мой взгляд, высказывание доктора Бека о важности возбуждения аффекта как среды, в которой происходит изменение, является абсолютно верным, и современные терапевты все больше и больше это признают. Важность возбуждения аффекта признают и терапевты, работающие в направлении краткосрочной, динамически ориентированной терапии.

Итоговое замечание, которое, на мой взгляд, я должен сделать для того, чтобы подчеркнуть один из важных для нашего обсуждения элементов, заключается в том, что пациент должен привнести в терапию высокую степень мотивации. Мне кажется, что все терапевты согласятся с тем, что пока у пациента не появится определенный уровень мотивации, задача терапевта остается очень сложной.



## Вопросы и ответы

**Вопрос:** Доктор Мармор, я бы спросить вас о проблеме угасания и времени в терапии. Я знаю, что вы сторонник краткосрочной терапии, так что у вас нет необходимости вникать глубоко в эту проблему, но я заметил, что вы опустили ее в вашем списке важных факторов терапии. Я полагаю, что время — весьма существенный фактор, и что если кто-то шел по дороге и это оказалось для него бесполезным, то он не только должен убедиться в том, что может преодолеть тревогу, связанную с возможностью идти по другим дорогам, но также должен позволить этим чувствам и страхам исчезнуть с течением времени в благотворном окружении. Это вызывает вопрос о выборе длительности терапии.

**Ответ:** Это само по себе является поводом для длительного обсуждения — вопрос о том, как оценивать различия между теми пациентами, которым можно помочь путем краткосрочной терапии, и теми, кто нуждается в более длительной терапии. Я думаю, именно это вы пытаетесь определить при оценке адаптивности Эго пациента и его способности к адаптации в целом. Но я хотел бы сказать одну вещь по поводу времени как важного фактора в терапии. Это нечто, что происходит в истории психотерапевтического движения, в эволюции психотерапии, если хотите. Мы приходим к выводу, что время является важной переменной и что если мы не сообщаем пациенту, что продолжительность терапии является неограниченной, то тем самым мы оказываем определенное влияние на ход терапии. Один из фактов, который мы узнаем в краткосрочной терапии, заключается в том, что когда наша техника является адекватной, когда мы чувствуем, что у пациента достаточно сил, чтобы ему помогла краткосрочная терапия и когда мы устанавливаем для терапии определенный временной предел, то это придает особый оттенок всему терапевтическому процессу и в итоге имеет важное значение.

## Джадд Мармор СУЩНОСТЬ ДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

*Джадд Мармор подводит итоги эволюции современных динамических подходов от фрейдовского аналитического процесса до более современных методов краткосрочной динамической психотерапии. Центр внимания психодинамической психотерапии в течение нескольких последних десятилетий сместился с представления о важности инсайта и восстановления ранних воспоминаний на идею о том, что качество взаимоотношений между пациентом и психотерапевтом представляет собой самый существенный фактор, определяющий успех психотерапии. Он включает и реальные взаимоотношения и элементы переноса-контрпереноса, понимаемые в рамках системной теории.*

При изучении широкого спектра методов психотерапии приходит понимание того, что пациентам может помочь множество психотерапевтических техник, основанных на многих теориях. Однако важно отметить, что успешность техники не означает неперемennую справедливость теории, на которой она основана. Эволюция, которую совершили теория и практика динамической психотерапии за прошедшие годы, дает нам такой пример. Когда я более 50 лет назад только начал заниматься психотерапевтической практикой, мой подход был основан на классической психоаналитической модели, которой я был обучен. В этой модели основное внимание уделялось интрапсихическим процессам пациента и его конфликтам, отраженным в свободных ассоциациях, сновидениях и фантазиях.

В результате богатого опыта и многолетних исследований фокус внимания при рассмотрении психических расстройств сместился с индивидуальной психики на всю систему, в которую включен пациент: взаимоотношения с семьей, с близкими и с обществом, в котором развивался индивидуум. Это не означает, что суть

новаторского вклада Фрейда целиком отброшена. Остаются релевантными теории о том, что поведение человека мотивировано, что природа мотивации часто в значительной степени скрыта от сознания; что личность сформирована и наследственностью, и превратностями судьбы; что отклонения в поведении, познавательной деятельности и аффективной сфере часто возникают в результате получения противоречивой или недостаточной информации; что опыт, полученный в раннем детстве, особенно важен для формирования восприятий и реакций в дальнейшей жизни. Подобным образом психоаналитические представления о способах защиты и адаптации, при помощи которых психика человека справляется с тревогой и конфликтами, вместе с такими представлениями, как рационализация, отрицание, идентификация, проекция и значимость сновидений и ошибочных действий, и теперь продолжают вносить важный вклад в наше понимание как самих себя, так и наших пациентов.

Однако переориентация теории с интрапсихического подхода на системный подход привела к важным переменам в *практике* современной динамической психотерапии. Предположение, что развитие когнитивного инсайта представляет собой самый существенный фактор в процессе лечения, и поэтому задача терапии — дать пациенту такой инсайт, все больше подвергается сомнению. Практика показывает, что опытные психотерапевты используют совершенно разные теории для объяснения проблем пациентов и, сообщая им различающиеся интерпретации, получают вполне сравнимые результаты. Очевидно, если улучшение состояния пациентов вызвано именно пониманием тех объяснений, которые они получают, то только “правильные” интерпретации должны работать, а остальные нет. В действительности это не так и указывает на то, что в психотерапевтическом процессе должны быть некоторые общие составляющие, причем не те, которые приводят к инсайту. В самом деле, нередко можно видеть пациентов, у которых в процессе терапии наступили значительные улучшения, но при этом они почти или совсем не понимают психодинамику своих прежних трудностей.

Не приходится подвергать сомнению пользу понимания, однако ясно, что оно не является необходимым условием успешной психотерапии. Мы все больше приходим к выводу, что для успеха или неудачи психотерапии решающим является не когнитивный инсайт, а скорее природа и качество межличностных отношений, складывающихся между пациентом и терапевтом. Таким образом,

терапия — это не то, что психотерапевт делает с пациентом или для него, а нечто, происходящее между ними.

Однако определить, что именно происходит между терапевтом и пациентом, — непросто. Это сложный процесс, включающий не только бессознательные элементы, но и сознательные факторы и практические обстоятельства. Психотерапевты не представляют собой нечто неизменное, вроде лезвий для бритвы. Их реальные характерные черты, их теплота, искренность, эмпатия, знания, внешность, эмоциональная зрелость и личностный стиль — все играет важную роль во взаимодействии пациента и терапевта так же, как осознаваемые и неосознаваемые эмоциональные потребности и системы ценностей обеих сторон. Однако нельзя сказать, что взаимоотношения — это единственная основа психотерапии. В моих заметках к конференции по эволюции психотерапии 1985 года я пытался глубже разобраться, какие еще есть важные факторы, и в этот раз я их кратко повторяю.

## **Наиболее важные аспекты психотерапии**

Психотерапия — это, по сути, процесс обучения. Я уже упоминал инсайт, который все терапевты, работающие в русле динамической психотерапии, стремятся дать своим пациентам. Инсайт можно определить как концептуальную рамку, в пределах которой психотерапевт пытается установить смысловые связи между событиями и чувствами или переживаниями, о которых пациент не подозревает. В основном предполагают, что инсайт происходит в двух формах: простое когнитивное осознание, или “интеллектуальный” инсайт, и когнитивное осознание, сопровождаемое одновременным “выбросом” эмоций, так называемый “эмоциональный” инсайт. Последний считается более эффективным для изменений, которые пытаются вызвать, но мы уже знаем, что даже эмоциональный инсайт не обязательно приводит к изменениям. Обычно все еще остается трудная задача — помочь пациентам уничтожить прежние прочно усвоенные модели восприятия и поведения. Качество взаимоотношений с психотерапевтом становится решающим для облегчения именно этой задачи и, в конечном счете, для разрешения проблем пациента.

Ряд других факторов также вносит свой вклад в этот процесс. Во-первых, дело в том, что ищущий помощи пациент может до-

верить человеку, который в состоянии эту помощь оказать и чья помощь желательна и предполагает снижение тревоги и ослабление эмоционального напряжения. Это часто создает ощущение благополучия, особенно на ранних фазах терапии. Во-вторых, процесс возмещающего оперантного научения протекает благодаря скрытым и явным “ключам” одобрения и неодобрения, реакция психотерапевта на рассказ пациента. Эти ключевые раздражители находят отражение не только в том, что терапевт интерпретирует как “здоровое” и “зрелое” поведение в противоположность “невротическому” и “незрелому” поведению, но также в многочисленных трудноуловимых мимических невербальных реакциях и выражениях эмпатии. Эффективное оперантное обучение также происходит в результате того, что пациент получает различные и более объективные реакции терапевта, которые контрастируют с реакциями значимых других в прошлом пациента. Это то, что Франц Александер называл “корректирующим эмоциональным опытом”, и, несомненно, не является содержанием инсайта, поскольку представляет собой одну из сторон *отношений*.

В-третьих, еще один трудно уловимый, но важный процесс, возникающий в ходе отношений между пациентом и психотерапевтом, — неосознанное ролевое моделирование, происходящее благодаря идентификации пациента с подразумеваемыми и высказываемыми (имплицитными и эксплицитными) ценностями и реакциями терапевта. Это то, что Джеймс Стрэчи, переводчик Фрейда, на жаргоне того времени называл “дозированной интроекцией кусочков суперэго аналитика”.

В-четвертых, во всякой психотерапии, сознательно или нет, присутствует определенная доля скрытой и явной суггестии и убеждений. Хотя многие терапевты упорно отрицают, что они этим занимаются, мне, однако, приходится видеть это во всяком психотерапевтическом процессе. Это может не демонстрироваться явно, но существует имплицитное обещание, что желательный результат в конце концов будет получен, при условии что пациент будет лоялен по отношению к техникам терапевта.

Наконец, в процессе обучения, который является составной частью психотерапевтического процесса, должно возникать определенное количество повторений и пересказов, так чтобы вновь приобретенные адаптивные реакции и более здоровые чувство уверенности в себе и самооценка могли успешно выражаться и поддерживаться во всем диапазоне взаимоотношений пациента.

## Эволюция динамической психотерапии

Позвольте мне теперь обратиться к рассмотрению некоторых важных технических изменений, которые произошли в динамической психотерапии в течение нескольких последних десятилетий. Сначала произошла переориентация внимания с восстановления ранних воспоминаний на переживания пациента здесь-и-сейчас в его текущей жизненной ситуации, особенно в трансферентных взаимоотношениях с психотерапевтом. Это не означает, однако, что история прошлого пациента теперь считается не имеющей отношения к делу. Она остается важной основой для *понимания* того, как развивались проблемы пациента, но восстановление ранних воспоминаний больше не рассматривается в качестве *основы* для терапевтических изменений.

Одинаково важны главные изменения, которые произошли в отношении динамических психотерапевтов к своим пациентам. В 30-е, 40-е, 50-е годы ожидалось, что психоаналитические терапевты будут невозмутимо восседать позади кушетки и поддерживать, насколько возможно, свое инкогнито, чтобы не мешать первичным ассоциациям пациента и процессу раскрытия его бессознательного. Несомненно, психотерапевт должен уметь хорошо слушать, однако стратегия, при которой терапевт должен быть “нейтральным зеркалом”, не взаимодействующим с пациентами, а лишь отражающим их чувства и мысли, больше не считается желательной. Следует напомнить, что Фрейд развивал свою генеральную линию во времена, когда он, главным образом, исследовал прежде неизведанные земли индивидуального бессознательного своих пациентов.

Но хорошая техника исследования не обязательно представляет собой оптимальную технику психотерапии. В сущности, в психотерапии быть относительно бесстрастным и безличным — вообще не означает “нейтрального” отношения, но некоторое искусственное отношение, всегда некоторым образом воздействующее на пациента. Оно может быть также неправильно истолковано как холодность, отсутствие интереса или отвержение. Идея терапевтического нейтралитета в самом деле имеет определенные основания в том смысле, что действительно важно не выносить приговор и не переносить на пациента свою систему ценностей, но это не следует интерпретировать так, что терапевты должны не иметь ценностей. Терапевт — это продукт своих собственных культурных,

религиозных и этических корней, и он неизбежно приобретает системы ценностей, сформированные под воздействием этих влияний. Концепции о мужественности, женственности, эмоциональной зрелости, здоровой и нездоровой агрессии, “нормальной” сексуальности и тому подобные, включающие ценностные суждения, неизбежно отражают для пациента, что именно интерпретируется как здоровое или невротическое, зрелое или незрелое.

Я вернусь к пункту об активности терапевта при обсуждении краткосрочной динамической психотерапии. Теперь я хотел бы перейти к совершенно другой теме, а именно к планированию терапии.

## **Терапевтический план**

Как терапевты подготавливают свой терапевтический план? Слишком часто, к несчастью, планирование вообще отсутствует. Метод работы многих психотерапевтов — это прокрустово ложе, под которое они пытаются подогнать всех своих пациентов. Однако, если психотерапия должна быть приспособлена прежде всего к нуждам пациента, а не к чему-либо еще, я полагаю настоятельной необходимостью для терапевта учитывать все системные силы — биологические, психологические и социальные, — которые играют роль в возникновении эмоционального расстройства или психопатологии пациента.

Чтобы достичь такого рода понимания, важно в начале терапии получить обстоятельную историю жизни пациента после того, как изложены имеющиеся трудности. Это не отрицает того, что часто бывают случаи, когда имеющаяся проблема так включена в текущую жизненную ситуацию или кризис, что с ней можно работать непосредственно и кратковременно, как это делают в кризисной терапии. Если же, что тоже случается нередко, мы обнаруживаем, что имеем дело с паттерном, который, как кажется, имеет долгую историю, например, с личностным расстройством или с постоянными трудностями в межличностных отношениях, тогда обстоятельная история развития создаст неоценимую основу для последовательной работы с пациентом.

Важно также уделить особое внимание истории возникновения имеющейся проблемы. Было ли оно бурным или незаметным? Провоцирующие факторы были мощными или минимальными?

Критическими или тривиальными? Стрессовые факторы были в основном интрапсихическими, межличностными или относились к окружению? Подробная история расскажет нам также, какие силы пациенты приносят с собой в терапевтический процесс, в терминах их способностей к адаптации и их систем поддержки, таких как семья, друзья, финансовые ресурсы и работа. Лучшая из терапевтических техник может оказаться беспомощной в отсутствие некоторых из этих вспомогательных поддерживающих элементов в жизни пациента.

## **Технический эклектизм**

Рассмотрение такой детализированной истории поможет психотерапевту затем проявить гибкость в определении, какого рода подход будет, вероятно, наиболее полезен. Имеется ли разлад в браке? Тогда может быть выбрана совместная терапия обоих супругов. Имеются ли нарушения динамики семьи? Тогда может быть показана семейная терапия. Необходим ли тренинг социальных навыков или частный подход бихевиоральной терапии? В идеале терапевту следует иметь в своем распоряжении многочисленные терапевтические техники, что позволит ему применять тот подход, который наиболее эффективно воздействует на напряжения в системе взаимоотношений пациента. Арнольд Лазарус был одним из первых в области психотерапии, кто поддержал так называемый “мультимодальный” подход, и благодаря своему виртуозному мастерству он в состоянии сам применять большую часть различных техник. Однако большинство психотерапевтов обучено только одному или двум подходам, и, если показаны другие техники, им, возможно, придется направлять пациента для получения дополнительной психотерапевтической помощи.

Между прочим, важно в этом отношении включать фармакотерапию как одну из дополнительных возможностей для некоторых пациентов, хотя я никогда не принадлежал к тем, кто когда-либо считал фармакотерапию саму по себе адекватным терапевтическим методом. Почти в каждом случае индивидуальная, семейная или групповая терапия или некоторая их комбинация достаточны для разрешения системного расстройства, включающего психопатологию пациента, существует ли она на невротическом, характерологическом или психотическом уровне. Между тем вы можете вспом-



нить широко известный случай, произошедший несколько лет назад, когда в престижном заведении пациента с тяжелой депрессией в течение многих месяцев лечили только методами психотерапии без улучшения, затем перевели в другое место и там он быстро поправился при медикаментозном лечении антидепрессантами, а затем подал в суд на первое лечебное заведение за преступную небрежность. Это иллюстрация одной из опасностей игнорирования потенциала дополнительной лекарственной терапии. Мы живем сейчас в век ответственности терапевтов, и важно помнить о таких возможностях.

К тому же имеются другие состояния, такие как фобии или невроты навязчивых состояний, когда различные формы поведенческой терапии часто помогают быстрее, чем динамическая психотерапия. И эти техники также могут с пользой практиковаться в сочетании с терапией определенными психофармакологическими средствами.

Это заставляет меня прокомментировать часто обсуждаемый вопрос о концентрации усилий на устранении симптома по сравнению с работой исключительно над лежащей за ним психопатологией пациента. В ранний период динамической психотерапии считалось неприемлемым работать непосредственно с симптомами. Превалирующим был миф о том, что если вы устранили симптом без разрешения лежащей в его основе психодинамической психопатологии, то неизбежен рецидив. Это рассуждение основывалось на концепции личности как замкнутой “гидравлической системы”, как будто симптомы пациента — это течи, которые появляются из-за возрастающего давления в системе и неизбежно возникнут вновь, если не в том же месте, то в каком-нибудь другом, если течь будет заделана без сброса давления. Но жизнь показала, что это не всегда согласуется с клинической практикой. Когда симптомы уходят, то пациенты не только чувствуют себя при этом лучше, но часто и дальше улучшение сохраняется. Причина этого состоит в том, что личность человека — это часть *открытой* биопсихосоциальной системы, так что устранение симптома не только увеличивает внутреннее ощущение благополучия, но также может способствовать улучшению межличностных отношений, что вызовет положительную обратную связь, которая может успешно модифицировать всю систему в целом.

Следует также указать, что часто возможно и желательно в дополнение к индивидуальной терапии проводить также супружескую

и/или семейную терапию. Здесь также в течение многих лет точка зрения претерпела существенные изменения. Было время в начале развития психоаналитической терапии, когда любой контакт с родственником или со значимым другим, даже по телефону, считался потенциальной помехой терапевтическому процессу, и его избегали всеми средствами. В результате со значимыми другими, которые могли бы принести пользу, часто возникала борьба или недоверие, и это было помехой терапевтическому прогрессу пациента. В современной психотерапии это не только считается полезным, но терапевты должны беседовать с супругом или со значимыми другими или даже проводить совместные сессии с семьей всегда, конечно, с согласия пациента. Это форма мультимодальной терапии, которую все динамические психотерапевты должны уметь применять.

## **Фактор времени**

Я хотел бы обсудить два предмета: частота бесед и вопрос о краткосрочной динамической психотерапии. Это две темы, требующие повышенного внимания в обстоятельствах сокращения финансирования и растущего внимания к подотчетности. Что определяет оптимальную частоту, при которой достигаются удовлетворительные психотерапевтические результаты? Несмотря на то, что большинство психотерапевтов, получивших аналитическую подготовку, обучались тому, что частота, составляющая четыре-пять визитов в неделю, оптимальна для терапии, ориентированной на достижение инсайта, с течением лет все большее их число стали встречаться со своими пациентами реже. Действительно, недавние исследования практики психиатров и психологов, работающих в учреждениях Соединенных Штатов, показали, что большинство встречаются со своими пациентами меньше 50 раз в год, то есть в среднем один раз в неделю.

Психотерапевтические исследования в последние десятилетия неоднократно показывали, что пациенты, которых традиционно считали наилучшими для интенсивной психоаналитической терапии, так называемые адаптированные пациенты (молодые, привлекательные, хорошо владеющие речью, интеллигентные и добивающиеся успеха) — именно те, кто достигает положительных

результатов также при схеме визитов один-два раза в неделю. Это не так парадоксально, как поначалу кажется. Не следует удивляться тому, что именно пациенты, обладающие адаптационными способностями и ресурсами эго, необходимыми для психоаналитического исследования, продолжающегося годами, наиболее способны достичь успеха в результате более редких терапевтических контактов.

Более того, нужно кое-что сказать о потенциально отрицательном влиянии встреч с пациентами четыре или пять раз в неделю. Слишком высокая частота визитов может сделать пациентов слишком зависимыми от своих психотерапевтов, работая, таким образом, против той самой автономии и адаптивной силы, на которые нацелен терапевтический процесс. Я не умаляю значения интимности и доверия, которые могут развиваться при частых визитах, но вовсе не в интересах пациентов приобрести такую зависимость от терапии, как будто они не могут жить без терапевтических сеансов.

Я вспоминаю, что в первые годы моей работы практиковал столь частые сеансы с пациентами, что даже перерыв на уик-энд, не говоря уже о недельном или более длительном перерыве, рассматривался как оставление, и можно было ожидать усиления симптомов и других проявлений регрессии. Оглядываясь назад, можно сказать, что это было закономерно. Когда взаимоотношения между терапевтом и пациентом установлены и неявным образом появляется информация о том, что для пациента важны ежедневные сеансы, уверенность пациента в своей способности действовать без поддержки терапевта часто снижается. В самом деле, в тепличной зависимости, которая иногда развивается в таком процессе, многие пациенты ведут себя так, как будто вся их жизнь вращается вокруг сеансов терапии, в то время как все остальное становится второстепенным. Трудно поверить, что это способствует благоприятному развитию.

Слишком большая частота сеансов создает у пациентов неосознанное ожидание, что именно психотерапевт или психотерапия скорее приведут к разрешению всех их проблем, чем их собственные усилия. Когда на такой процесс накладывается традиционное условие анализа, состоящее в том, чтобы пациент ничего не менял в своей жизни, пока длится лечение, становится очевидно, что это в действительности скорее затрудняет, нежели упрощает достижение терапевтической цели автономности и уверенности в себе.

Что же должно в таком случае определять частоту встреч с пациентом? Конечно, вначале следует определить степень психопатологии пациентов. Если пациенты находятся в состоянии сильной тревоги, они могут нуждаться в поддержке специалиста, оказываемой более часто, по крайней мере, поначалу, тогда как у пациентов с более низкой тревожностью могут наблюдаться улучшения при более редких визитах. Я обнаружил, что на начальной стадии терапии полезно встречаться с пациентами минимум дважды в неделю. Это позволяет быстрее цементировать решающий терапевтический альянс и дает возможность терапевту формулировать психодинамическое понимание с тем, чтобы более эффективно планировать стратегию терапии. Когда это сделано и рабочий альянс установлен, обычно появляется возможность проводить сеанс один раз в неделю.

Кроме того, я чувствую, что не следует допускать, чтобы частота визитов превращалась в застывшую рутину. Подобно лекарственной терапии, частоту сеансов можно изменять и корректировать в соответствии с актуальными нуждами пациентов в ходе терапии. Когда пациенты начинают чувствовать себя все более спокойно и тревожность снижается, часто в их интересах, чтобы частота сеансов уменьшилась. Так терапевт неявным образом дает понять пациентам, что они теперь могут действовать более самостоятельно. Постепенное уменьшение частоты визитов служит реальным свидетельством прогресса пациента; такое скрытое подбадривание — важный элемент в поощрении развития самооценки и уверенности в себе. Когда прогресс достигнут, я иногда нахожу полезным еще больше увеличить промежутки между сеансами и проводить их один раз в две недели или сделать нерегулярными.

Если пациентам дают возможность развиваться и поверить в ресурсы своего эго, опыт показывает, что терапевтический прогресс ускоряется. Вот почему на многих пациентов краткосрочная динамическая психотерапия часто оказывает заметное действие, несмотря на то, что общее количество визитов может быть относительно ограниченным. Увеличение промежутков между визитами также дает пациентам возможность применять то понимание и положительные адаптивные изменения, которые получены на сеансах, к другим своим межличностным отношениям. Пока такие изменения не распространены на жизненные ситуации, подлинный прогресс отсутствует.

## **Краткосрочная динамическая терапия**

Теперь мы подошли к вопросу о краткосрочной динамической психотерапии (КДП). К числу важных сведений, полученных нами за несколько последних десятилетий, относится и то, что многие пациенты, которых считали нуждавшимися в длительной терапии в течение двух или более лет, способны к более быстрым изменениям с помощью более активных техник.

До известной степени КДП конспективно повторяет разительные изменения, которые происходили в практике динамической психотерапии за последние 40 лет. Это — с одним важным добавлением, которое я сделаю позднее, — взаимодействие лицом к лицу, возрастание активности психотерапевта, удержание внимания здесь-и-сейчас на центральной динамической проблеме и снижение частоты визитов.

Я уже упоминал о важности взаимодействия лицом к лицу, в противоположность сидению позади кушетки. Положение лицом к лицу создает условия, при которых может возникнуть более активное взаимодействие, при нем снижается тенденция к регрессии в переносе. Оно скорее упрощает, чем тормозит движение пациента к автономии и эмоциональной зрелости.

Активное взаимодействие психотерапевта с пациентом имеет два других важных психодинамических следствия. Первое — это непосредственное отражение заинтересованности терапевта в пациенте, что само по себе является важным терапевтическим фактором. Второе состоит в том, что при взаимодействии лицом к лицу терапевт может содействовать удержанию внимания пациента на главном в своей работе, мешать уходу от темы, что часто совершается бессознательным сопротивлением. Таким образом, активность служит поддержанию высокого уровня терапевтического напряжения и взаимодействия на каждом сеансе посредством постоянной конфронтации и интерпретаций поведения пациента здесь-и-сейчас в связи с тем, что в данный момент находится в центре внимания.

Активные интерпретации переноса и актуализация негативных чувств так же, как и позитивных, тоже играют важную роль в КДП. Следует подчеркнуть, что активные действия терапевта не означают директивности. Директивный подход создает то, что Сандор Радо назвал псевдородительским отношением, которое приводит к дальнейшему поощрению инфантильности пациента. Недирективные отношения, наоборот, поощряют спонтанность и

независимую экспрессию пациента и демонстрируют уважение к собственной компетентности пациента.

Дополнительный элемент, отличающий КДП от долговременной динамической психотерапии, — преднамеренное установление временных ограничений. Отсюда вытекают три следствия. Первое: установление срока окончания терапии с самого ее начала особенно подчеркивает проблему сепарации и индивидуации. Это накладывает отпечаток на весь терапевтический процесс и создает совершенно другой ряд ожиданий, чем при долговременной динамической терапии, когда пациенту говорят вначале, что курс длительный и продолжительность его заранее неизвестна, непредсказуема и может составлять один год, или два, или больше. Второе: тема сепарации и индивидуации не только связана с проблемами большей части пациентов, но постановка ее на передний план терапевтической техники отражает базисное уважение и поощрение способности пациента к автономии. Это противостоит тенденции пациента считать себя беспомощным, не соответствующим требованиям и находящимся в зависимости от поддержки. Третье: сама процедура определения сроков терапии есть терапевтический акт, который направлен на поощрение независимости пациента и его уверенности в себе. Это не противоречит тому, что первой реакцией многих пациентов на приближение сроков бывает тревога и зачастую регрессия. Тем не менее, твердое и неколебимое установление даты окончания курса терапии и прорабатывание сепарационной тревоги является решающим для процесса КДП.

Не всем пациентам, конечно, подходит КДП. Однако пригодность определяется не частными нозологическими категориями, а некоторыми психодинамическими качествами. Наиболее важны среди них следующие.

1. Признаки силы эго (то есть удовлетворительный уровень интеллекта, образования, зрелое сексуальное поведение, определенный род занятий и способность принять на себя ответственность).
2. По крайней мере, одна история межличностных отношений в прошлом, указывающая на способность к базисному доверию, которое существенно для формирования рабочего альянса.
3. Способность взаимодействовать с терапевтом (то есть способность к позитивному переносу).

4. Способность мыслить в психологических понятиях.
5. Способность испытывать чувства (то есть быть в контакте с внутренними переживаниями).
6. Сильная мотивация к изменениям (то есть не просто сильное желание освободиться от симптомов, но понимание, что могут быть необходимы некоторые изменения адаптационных паттернов).
7. Наличие узлового конфликта, вокруг которого сосредоточено большинство проблем пациента; это может быть конфликт зависимости-независимости, эдипов конфликт, соперничество сиблингов или трудности совладания с утратой объекта.

Эти критерии выбора сами по себе не обязательно указывают на тяжесть психопатологии пациента. Пациенты, которым подходит КДП, могут быть относительно “больны” и относиться к широкому спектру личностных нарушений и психоневрозов, а также переходных кризисов. Диагноз, соответствующий руководству “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*” (DSM), является менее решающим, чем наличие вышеперечисленных признаков. Тем не менее, я не хотел бы создать впечатление, что КДП — это метод, подходящий большинству пациентов. Все еще остается много пациентов, в особенности с характерологическими расстройствами и пограничным синдромом, которые требуют более длительной терапии.

## **“Излечение” в психотерапии**

Это приводит меня к заключительному вопросу — об общем использовании слова “излечение” применительно к результатам психотерапии. Хотя действительно имеется симптоматика, например, специфические фобии или компульсивные проявления, которые можно полностью устранить с помощью подходящей техники, предположение, что различные расстройства личности, от которых страдают многие наши современные пациенты, “излечиваются” с помощью психотерапии, — это один из мифов, возникших из сверхоптимистических притязаний пионеров психоанализа. Как будто может быть окончательный момент, после которого пациенту можно было бы выдать свидетельство, что он свободен

от всех своих внутренних психологических проблем. Фрейд понял, что это не так, в одной из своих последних работ, знаменитой статье 1936 года “Анализ: конечный и бесконечный”. И правда, психотерапия не излечивает в этом смысле слова, но если она успешна, она действительно открывает дверь к эмоциональному росту — и он может и должен продолжаться всю оставшуюся жизнь пациента. Если слова “психическое здоровье” что-то означают, то именно это, запас внутренних сил и способность к продолжению обучения и роста на протяжении всей жизни человека.

## **Резюме**

Подводя итоги, можно сказать, что, имея корни в классическом психоанализе, техники индивидуальной динамической психотерапии прошли долгий путь. В их основе лежит представление о биопсихосоциальной системе и рассмотрение проблем пациента в контексте его целостной системы отношений. Упор делается не на восстановление воспоминаний, но на использование отношений между пациентом и психотерапевтом в качестве динамической рамки, в которой пациент может учиться приобретать чувство большей самооценности и усваивать более эффективные способы адаптации. В этой рамке терапевт — активный участник-наблюдатель, причем в фокусе рассмотрения находится переживаемое здесь-и-сейчас и интеракции пациента. Получение биографической информации полезно для понимания и составления терапевтического плана, но само по себе не вызывает изменений. При беседе пациенты, как правило, сидят, и частота терапевтических сеансов обычно составляет один-два раза в неделю.

Тенденция к применению подходов краткосрочной терапии вместе с упором на гибкую адаптацию мультимодальных терапевтических техник к особым потребностям каждого пациента показывает направление развития динамической психотерапии будущего.



## *Дискуссия с Арнольдом А. Лазарусом*

Многие психотерапевты и, возможно, большинство психоаналитиков склонны к такой привязанности (осмелюсь сказать, катектированности) к своим любимым теориям и техникам, что они выказывают некую закоснелость и временами неприязненную защищенность от всякой критики или предложений перемен. И только по-настоящему крупные мыслители, на мой взгляд, обладают и познавательным потенциалом, и поразительной смелостью, чтобы сохранить гибкость и открытость новым идеям. Доктор Мармор, согласно этим и другим критериям, выделяется своим вкладом в науку. Конечно, всякий, кто платит дань моей “виртуозности”, автоматически становится пронизательным и просвещенным комментатором, несомненно выдающимся!

Помимо того, что доктор Мармор является почитаемым членом гильдии психоаналитиков, он, как бывший президент Американской академии психоанализа, а также Американской психиатрической ассоциации и других научных групп и обществ, внес заметный вклад и оказывал глубокое влияние на систему образования в сфере психического здоровья в течение более полувека. Когда специалист, подобный ему, утверждает, что “успешная техника не означает, что теория, лежащая в ее основе, непременно верна”, я хотел бы надеяться, что те, кто остается верен частным теориям, осмелились подвергнуть новой проверке свои идеи. Наша область переполнена анахроничными теориями.

Дело в том, что многие методы могут оказываться эффективными не по тем причинам, которые всегда выдвигали их создатели, давшие начало так называемому *техническому эклектизму*. Лейтмотив выступления доктора Мармора кажется в высшей степени созвучным сути этого взгляда, а именно, что нужно, чтобы решение, принятое в психотерапии, основывалось на эмпирических испытаниях специальных и поддающихся проверке методов, обращенных к определенным проблемам, отдельным условиям и измеряемым переменным, характеризующим пациента-клиента. Его предостережения относительно ценности и ограничений инсайта, все еще рассматриваемого некоторыми как непременное условие успешной терапии, особенно важны.

Позвольте мне подчеркнуть, что когда уважаемый психиатр, который был основательно погружен в психоаналитическое учение, делает заключение, что “к несчастью, даже эмоциональный инсайт не обязательно приводит к изменениям”, специалистам лучше обратить на это внимание. Что пропагандирует этот дальновид-

ный мыслитель в добавление к инсайту или вместо него? Он предлагает “уничтожить прежние глубоко усвоенные модели восприятия и поведения” и “компенсирующее использование оперантного научения”, а также использование ролевого моделирования, пересказа и явного и скрытого внушения. Это сопровождает нас на долгом пути от лекции Аллена Уиллиса по психоанализу, в которой он изображает “психоаналитика с печальным пожелтевшим лицом, с плечами, поникшими словно под невидимой тяжестью”, как он сидит позади кушетки, проводя анализ своего пациента четыре раза в неделю много лет, единственный результат часто — наличие “инсайта в избытке, но никаких изменений”.

“Модель биопсихосоциальной системы”, пропагандируемая доктором Мармором, в которой терапевт выступает как активный участник-наблюдатель и посвящает время переживаниям и взаимодействиям здесь-и-сейчас, представляет собой одну из точек зрения из широкого спектра, которых, безусловно, придерживается большинство прогрессивно думающих специалистов в нашей области. Мне интересно, в чем Джадд Мармор и я расходимся, особенно поскольку он подчеркивает необходимость гибкого приспособлять “техники мультимодального подхода к специфическим нуждам каждого пациента”. Возможно, нам следует различать ценность различных видов краткосрочной психодинамической терапии. Как Аллен Фэй и я написали в книге “Короткая терапия” (“*Brief Therapy*”, под редакцией Джеффри Зейга и Стивена Гиллигена, 1990): “Наша личная реакция на краткосрочную психодинамическую терапию — отношение к ней как к попытке заставить устаревшую модель работать более эффективно, вроде попытки забить быстрее более прочный гвоздь, вместо того чтобы забивать гвоздь в подходящем месте и пользоваться мощным инструментом”.

Позвольте мне в заключение сказать, что я многому научился из трудов Мармора в течение многих лет, что он был так добр, что пришел мне на помощь много лет назад, когда я был в осаде со стороны моих коллег-бихевиористов за то, что отбилсся от стада, и что добрые слова поддержки от такого выдающегося ученого-клинициста значат больше, чем я могу передать.

## Вопросы и ответы

**Вопрос:** Мой вопрос касается конфиденциальности. В вашей модели, когда вы работаете с клиентом индивидуально, допускается возможность встречи с женой или семьей отдельно от клиен-

та. Существует полемика о том, как обходиться с конфиденциальностью в таких ситуациях. Как поступаете вы?

**Мармор:** Я уже говорил, что не стал бы видеться со значимыми другими без разрешения и понимания клиента. Когда я встречаюсь со значимым другим, я заранее говорю, что все сказанное останется между нами; что я прошу ее или его помощи в работе с моим клиентом. Если значимые другие хотят мне что-то сказать, но не хотят, чтобы это стало известно клиенту, это их решение, и я его уважаю. Я не считаю, что моя работа — говорить клиенту, что его супруг или партнер имеет связь, если клиент этого не знает, и партнер не хочет, чтобы он узнал. Но это могло бы помочь мне понять, почему партнер ведет себя таким образом. Это дает мне возможность работать с проблемой между ними с большим пониманием и больше помочь. Поэтому всякий, кто говорит со мной, не предупреждая вначале, что все им или ею сказанное может быть сообщено кому-нибудь еще, имеет гарантию конфиденциальности. Однако часто значимый другой говорит: “Все, что я говорю, вы можете сказать моему близкому человеку”. Конечно, я предпочитаю именно такую ситуацию.

**Вопрос:** В таком случае вы связаны с неразглашением секретов? Вы привели пример, когда вам рассказали о связи, а вы не сообщили об этом вашему пациенту. Значит, вы становитесь хранителем этого секрета. Влияет ли это на терапевтическую работу, которую вы проводите?

**Мармор:** Нет, не влияет. Я в состоянии делать это годами. Это сделало меня более эмпатичным по отношению к проблемам пациента и более реалистичным в отношении того, чем я занимаюсь. Если я продолжаю видеться со значимым другим, я пытаюсь изменить ситуацию, чтобы она была более правдивой и честной, но я могу хранить секрет и не давать ему влиять на мое сопереживание и чувствительность к проблемам пациента. Я полагаю, многие психотерапевты — это кладбища тайн!

**Вопрос:** Я, возможно, нахожусь в несколько необычном положении, потому что поступил в резидентуру и имею хорошие шансы начать заниматься долговременным анализом. Не могли бы вы сказать о некоторых преимуществах этого процесса? Может быть, мне не следует начинать этого? Я не знаю, что делать.

**Мармор:** Я думаю, это полезно, если вам позволяют время и деньги. В течение многих лет я видел, как немало практикантов и их семей страдают из-за лишений, вызванных затратами и времени, и денег на обучение анализу. Но если вы можете себе это позволить, я полагаю, очень полезно приобрести этот опыт. Это больше, чем терапевтическая практика, это приобретенный опыт взаимодействия с вашим бессознательным и понимания ваших сновидений и фантазий. Кроме того, это повысит вашу сензитивность и способность к пониманию свободных ассоциаций, сновидений и ошибочных действий других. Но я не считаю абсолютно необходимым такое тщательное рассмотрение, если вы хотите иметь аналитическую ориентацию. Я поддерживаю в намерении заняться этим тех, кто чувствует, что может это делать.

Но существует отличие в атмосфере обучения в наше время. В 1937 году, когда я начинал свое аналитическое обучение, не было другого пути, на котором можно было бы приобрести какое-либо понимание динамических процессов, происходящих в бессознательном, кроме как пойти в психоаналитический институт. Сегодня люди, психоаналитически и психодинамически обученные, работают преподавателями почти в каждой высшей медицинской школе и в большинстве программ по психиатрии, так что обучаемые имеют доступ к этим знаниям. Но пройдете вы или нет аналитический тренинг, я действительно считаю очень полезным самому пережить определенного рода клиентский опыт, чтобы понять, что переживает другая сторона процесса. Вы можете повысить свою сензитивность к тому, что означает быть пациентом, и можете работать над любым слепым пятном, которое у вас, возможно, имеется в работе с клиентами.

Заниматься психотерапией совсем не легко. Это часто требует напряжения. Клиенты часто предъявляют к нам большие требования. Они могут критиковать нас, говорить такие вещи, которые не скажут никому другому, потому что знают, что могут сказать это нам. Это часть терапевтической работы — обязанность проявлять терпимость и понимать такие негативные реакции, когда они возникают, — так же, как идеализирующие положительные реакции!

Одно из обстоятельств, причиняющих мне боль, связано с тем, что некоторые наши коллеги в ходе своей работы с клиентами вовлекаются в отношения контрпереноса, часто включающие плохое обращение с клиентом, в частности, сексуальные злоупотребления. Я нахожу это совершенно недопустимым и непростительным, независимо от того, как это рационализируется. Я полагаю, что личность терапевта должна быть сфокусирована на работе с паци-

ентом до тех пор, пока он или она свободным не вернется в сообщество.

**Вопрос:** Не считаете ли вы, что регрессия, которая возникает при анализе, может иметь разрушительное влияние на способность личности выполнять роль супруга или родителя? Если это так, то как вы предлагаете с этим работать при супружеской или семейной терапии?

**Мармор:** Возможно, я не выразил достаточно ясно того, что одно из других важных отличий в современной работе по сравнению с классической моделью состоит в том, что регрессия не поощряется. Ей противостоят и обращаются с ней так, что она становится частью динамического процесса, с которым вы работаете.

Теория, стоящая за поощрением регрессии в классическом анализе, основана на предположении, что для выздоровления клиента, в частности, необходимо воспроизвести инфантильный невроз в трансферентных отношениях. Эта регрессия поощряется молчанием аналитика, его нейтральностью аналитика-исследователя, использованием кушетки и идеализацией со стороны клиента “голоса позади кушетки”.

В современной динамической психотерапии с регрессивным поведением работают немедленно, ему противостоят. Если клиент ведет себя как ребенок, вы интерпретируете это и говорите: “Вы заметили, что вы делаете со мной здесь и сейчас?” Клиенту, который постоянно спрашивает: “Что мне делать?” — я говорю: “Посмотрите, что вы хотите, чтобы я делал. Вы хотите, чтобы я сказал вам, что делать? Что *вы* думаете, вам следует делать?” Это препятствует регрессии, как и увеличение интервалов между визитами и гибкое обращение с отношениями между клиентом и терапевтом в целом.

**Вопрос:** Мне хотелось бы услышать ваше разъяснение по поводу использования регрессии при работе со взрослыми, которые подвергались насилию или злоупотреблению, когда они были детьми. Насколько подходит краткосрочная психодинамическая терапия для таких людей?

**Мармор:** Ну, это тема, о которой я, возможно, имею непопулярное мнение. Я полагаю, мы склонны придавать чрезмерное

значение вопросу о сексуальных злоупотреблениях с детьми. Это становится очень модной темой в сфере психологической помощи. *Я ни в коем случае не мирюсь с сексуальными злоупотреблениями с детьми.* Но я думаю, что нам надо проявить осторожность, чтобы не создавать род истерии вокруг пережитого, что может создать человеку алиби на всю оставшуюся взрослую жизнь. Человек говорит: “Я пережил надругательство в детстве, и поэтому теперь я инвалид”. Я думаю, что мы должны работать с этими людьми методами психотерапии, бихевиоральной терапии, чтобы понять, какую роль сыграл этот инцидент.

Однако с течением времени я обнаружил, что гораздо больше пациентов обращается ко мне по поводу *депривации*, пережитой в детстве скорее из-за *упущений* родителей, чем действий, которые они *совершили*. Недостаток любви, недостаток материнской заботы, холодность, разрушенный очаг — вот события, которые создают серьезные проблемы в детстве, и мы не должны предполагать, что причины психопатологии — только бросающиеся в глаза драматические травмы. Особые травматические события важны, только если они составляют часть общего климата нездоровых взаимоотношений. Даже ребенок, испытывавший сексуальные злоупотребления, может быть успокоен любящими родителями и обрести помощь, чтобы преодолеть травматические переживания. Этого достичь труднее, если родители реагируют, как будто ребенок погиб для жизни, и преувеличивают чувство унижения, которое ребенок испытывает и должен нести всю жизнь.

**Вопрос:** Я хотел бы знать также, используете ли вы гипнотическую регрессию.

**Мармор:** Причина использования гипнотической регрессии в представлении о том, что психопатология возникла из-за одного вытесненного травматического события, которое было в жизни индивидуума. Если вы можете раскрыть его, по-видимому, наступит заметное улучшение. Я просто не верю в это. Я не видел, чтобы это действовало таким образом. Да, я в самом деле думаю, что отреагирование часто приносит временное улучшение. Фрейд начал свою деятельность с предположения, что причина болезни кроется в вытесненных воспоминаниях о травматическом событии. После длительной работы с этой гипотезой он считал, что она недостаточна. Ему пришлось заниматься тем, что он назвал “прора-

батыванием” защит, подавления и вытеснения, связанных с травматическими воспоминаниями. Я не разделяю предположения, что терапия только раскрывает травматические воспоминания посредством большого потока эмоций. Я думаю, такое объяснение является упрощением. Если пациенты реагируют на такое лечение, по моему мнению, имеется большая доля внушения.

У вас может быть пациент с временной регрессией, который якобы помнит, что делал в 1250 году, находясь в каком-то средневековом монастыре! Это не становится, однако, правдой. Просто это адаптивная реакция, которая, как он чувствует, от него ожидается.

**Вопрос:** Доктор Мармор, в конце 40-х годов, в 50-е и 60-е годы доктор Станислав Гроф и многие другие психологи применяли ЛСД в психотерапии. Не могли бы вы прокомментировать эти крайние воздействия на той стадии развития психотерапии?

**Мармор:** Когда вы проживаете долгую жизнь, вы видите, как появляются и исчезают новые техники терапии, и вас это не волнует в такой степени, как тех, кто переживает это впервые.

Я пережил фазу развития психотерапии, когда препараты, подобные ЛСД и его эквивалентам, были встречены с радостью, как чудодейственные средства. На теории отреагирования было основано предположение, что если бы вы могли заставить человека пережить какого-то рода глубоко подавленные воспоминания или псевдовоспоминания, то это трансформировало бы их личности. Применением ЛСД в это время не только был нанесен вред многим людям, но у тех, кому помогли, часто возникали рецидивы. Действительно, ЛСД токсичен. Я принимал его однажды под контролем в условиях эксперимента, потому что думал, что это может воспроизвести шизофрению, и я хотел понять, что при этом испытывают. Я обнаружил, что мои перцептивные возможности были нарушены. Под влиянием препарата я видел лица людей такими, как на картинах Пикассо, расщепленными на фрагменты. Я видел движущиеся деревья. Я видел небо, расцвеченное разными красками. Я совершил то, что было названо волшебным “путешествием”, но это было путешествие под влиянием яда. Я понимал, что в то время, когда я переживал это, я реагировал на токсическое воздействие на мой мозг и перцептивные способности. У слабого индивида такого рода вещи могут вызывать чувство

ужаса, и это часто случается. Это часто приводит к повторяющимся срывам после того, как препарат прекращают принимать.

Думаю, можно еще много говорить об этом, но я считаю также, что мы должны быть далеки от предположения, что имеется единственный магический способ “лечения” застарелых психиатрических проблем. Мы не “лечим” большинство проблем. Мы *можем* открыть дорогу к пониманию, росту и взрослению. Мы делаем это с помощью определенных техник: бихевиоральной, когнитивной или психодинамической. Но давайте не будем падать духом из-за отсутствия “лечения”. В области медицины врачи не лечат большинство пациентов, которых они наблюдают. Они в состоянии помочь, если болит горло, или при инфекции, применяя антибиотики, но они не могут заменить, по крайней мере, пока — сердце, пораженное в детстве ревматизмом, или суставы с тяжелым артритом. Но они *могут* помочь людям чувствовать себя лучше и функционировать при их инвалидности лучше. Это почти все, что делает большинство врачей. На нас лежит такая же обязанность помогать нашим пациентам жить лучше, более осмысленно, более адаптированно, более творческой жизнью. Если мы можем открыть дверь для такого роста, мы служим полезной цели!



# ОСЕНЬ ПАТРИАРХОВ

---

## Часть 2. Когнитивно- бихевиоральная терапия



## Альберт Эллис ЭВОЛЮЦИЯ РАЦИОНАЛЬНО- ЭМОТИВНОЙ И КОГНИТИВНО- БИХЕВИОРАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

*Альберт Эллис — исполнительный директор нью-йоркского Института рационально-эмотивной терапии. Более 40 лет он проработал в области психотерапии, семейного консультирования и сексуальной терапии. Американская гуманистическая ассоциация наградила Эллиса званием Гуманиста Года, Американская психологическая ассоциация удостоила его награды за особый вклад в науку, а Академия психологов особо отметила его вклад в семейную терапию. Доктор Эллис является автором или редактором около 50 книг и монографий, а также более 500 статей на психологические, психиатрические и социологические темы. Он получил докторскую степень в области клинической психологии в Университете Колумбии (Нью-Йорк) в 1947 году.*

*В своем выступлении Эллис знакомит нас с основами созданной им психотерапевтической школы. В его подходе главным считается осознание и корректирование клиентом своего внутреннего диалога, в частности, избавление от требований к самому себе и к жизни в целом.*

Организаторы этой конференции раздали всем выступающим вопросы. Поскольку вопросы показались мне необычайно дельными, я постараюсь на них ответить.

### **Вопрос 1: Каково ваше определение психотерапии? Каковы ее цели? Как вы понимаете психическое здоровье?**

В рационально-эмотивной терапии (РЭТ) считается, что у психотерапии есть две основные задачи. Первая — помогать клиентам (а по-моему, и всему человечеству) свести к минимуму ирра-

циональное мышление, неадекватные чувства и дисфункциональное поведение. Мы считаем, что так называемые “эмоциональные нарушения” теснейшим образом связаны между собой и что ни один из этих процессов обычно не существует сам по себе, независимо от двух других. РЭТ полагает, что наличие у человека серьезных “эмоциональных” проблем (таких, как тревожность и депрессия) говорит о существовании у него иррациональных убеждений и разрушительного для него самого поведения, сопровождающих и до некоторой степени даже создающих эти проблемы. Но иррациональные убеждения сами могут являться следствием неадекватных эмоций и поведения; а неадекватное поведение может проистекать из дисфункциональных мыслей и эмоций (Ellis, 1958, 1962, 1984a, 1984b).

Первая стадия РЭТ состоит в том, чтобы ликвидировать мысли, чувства и способы поведения, которые мешают клиенту и окружающим его людям быть счастливыми, и помочь ему увидеть, как он своими руками делает себя несчастным.

Вторая задача психотерапии, к выполнению которой мы приступаем с самого первого сеанса, заключается в том, чтобы помочь клиенту полнее самоактуализироваться, стать более счастливым. Это очень важно, поскольку даже люди, не причиняющие особого вреда ни себе, ни окружающим, в силу инерции стремятся скорее к комфорту, чем к творчеству и приключениям, в силу чего жизнь их протекает тихо и без вдохновения. У них все нормально — и дом, и работа, и друзья. При этом они совершенно не реализуют свои творческие возможности — а ведь это могло бы сделать их жизнь ярче и полноценнее.

Поэтому эффективная психотерапия (по крайней мере, так считается в РЭТ) учит людей не только тому, как свести к минимуму (в идеале — ликвидировать) эмоциональные и поведенческие проблемы, но и тому, как использовать свой потенциал, как сделать свою жизнь более насыщенной (Ellis, 1971a, 1971c, 1976a, 1979a; Ellis & Dryden, in press).

Психическое здоровье можно определять по-разному. Рационально-эмотивная терапия использует на практике несколько сделанных ранее определений и пару своих собственных (Ellis, 1962, 1973, 1983). Позвольте мне кратко охарактеризовать составляющие психического здоровья (мои характеристики верны для большинства, но не для всех людей).

## ***Личный интерес***

Эмоционально здоровые люди действуют, в первую очередь, в своих собственных интересах. Они не находятся в мазохистском подчинении и не жертвуют собой без нужды ради других. Они ставят свои интересы, по крайней мере, чуть-чуть впереди интересов других людей потому, что понимают: если они сами о себе не позаботятся, кто же это сделает? Но совсем рядом со своими интересами они ставят интересы нескольких близких людей, да и весь остальной мир с его нуждами не оставляют далеко позади.

## ***Социальный интерес***

Психически здоровые люди обычно в достаточной степени общительны и стараются иметь хорошие отношения в той социальной группе, в которой они живут. Они стремятся иметь хорошие отношения с другими людьми и близкие — с несколькими избранными. Они доверяют своим чувствам и обладают качеством, которое Адлер (Adler, 1927, 1964) назвал “социальным интересом”, а Салливан (Sullivan, 1953) — “компетентностью в общении”. Их позиция: “Я в порядке; ты в порядке” (Berne, 1964, 1972; Goulding and Goulding, 1979). В первую очередь заботясь о своей жизни и благополучии, они одновременно стараются быть внимательными и справедливыми к окружающим и не приносить ненужного вреда, стремятся к сотрудничеству, иногда проявляют некоторый альтруизм и получают удовольствие от межличностных и групповых взаимоотношений.

## ***Самостоятельность***

Эмоционально здоровые люди в большой степени принимают на себя ответственность за свою жизнь, самостоятельно решают свои проблемы и, хотя они часто хотят получить одобрение окружающих, оно не является для них *необходимым*, и они не ставят свой успех и благополучие в зависимость от него.

## ***Терпимость***

Здоровые люди предоставляют другим право ошибаться — об этом мы с д-ром Харпером писали в первом издании книги “Как жить рационально” (Ellis & Harper, 1961a). Если им не нравится *поведение* человека, они не обвиняют его *как личность*. Они понимают, что людям свойственно ошибаться, и не требуют, чтобы окружающие были идеальными. Они не считают безнадежно плохим человека, который совершил неблагоприятный поступок.

## ***Принятие неопределенности и неоднозначности***

Эмоционально зрелые люди принимают тот факт, что, насколько нам известно, наш мир во многом построен на случайности и неопределенности, и в нем, может быть, никогда не будут править абсолютная необходимость и полная однозначность. Их философия позволяет им мириться с отсутствием определенности. Они готовы к приключениям, умеют учиться и отвечать на брошенный им вызов.

## ***Гибкость***

Эмоционально здоровые люди психически гибки, открыты переменам и склонны непредвзято относиться к бесконечному разнообразию личностей, идей и вещей в окружающем их мире. Они могут страстно отстаивать свои убеждения и чувства, при этом спокойно воспринимая новое и умея менять свое представление о “реальности” в зависимости от получаемой ими свежей информации.

## ***Научное мышление***

РЭТ считает, что эмоционально чувствительные и устойчивые люди обычно являются в достаточной степени объективными, рациональными и умеют мыслить научно. Они строят гипотезы, а затем проверяют их, применяя логические правила и научные методы к своей собственной жизни и к отношениям с другими людьми. Наука противостоит догмам, она открыта переменам — то же

самое можно сказать об эмоционально здоровых людях (Ellis, 1973, 1985a; Ellis & Bernard, 1985; Mahoney, 1985; Popper, 1972; Russell, 1950).

### ***Увлеченность***

Как я уже говорил в нескольких своих работах по РЭТ, эмоционально здоровые и счастливые люди обычно бывают увлечены чем-то — будь то люди, дела или идеи. То, чем они занимаются, становится для них очень важным (но не священным!), и вокруг него они строят значительную часть своей жизни (Ellis, 1957a; Ellis & Becker, 1982; Ellis & Harper, 1975).

### ***Умение рисковать***

Люди, обладающие хорошим эмоциональным здоровьем, способны рисковать. Они спрашивают себя, чего бы им по-настоящему хотелось добиться в жизни, и пытаются осуществить это, несмотря на риск потерпеть поражение. Они способны пускаться в приключения (но не сломя голову), готовы попробовать почти все (хотя бы для того, чтобы посмотреть, понравится ли им оно), и радостно встречают неожиданности.

### ***Принятие себя***

Эмоционально здоровые люди рады тому, что они живут на свете. Они считают, что “заслуживают” жизни и счастья. В согласии с одним из основных принципов РЭТ, они *полностью и безусловно* принимают самих себя, или дают себе “безусловную положительную оценку” (Rogers, 1961). Как сказал Тиллих (Tillich, 1953), они наделены “мужеством быть”. Они стараются действовать адекватно и компетентно, и получать одобрение — но делают они это для удовольствия, а не ради удовлетворения своего “эго”. Эти люди оценивают свои поступки, дела и качества в свете своих собственных целей и ценностей. Они стараются избежать оценивания *себя* и своей *сущности как целого* (Ellis, 1972, 1973, 1976b).

## ***Забота о будущем***

Хорошо адаптированных людей интересует не только сегодняшний день, но и будущее. Они стараются не совершать поступков, которые, принося удовольствие сегодня, могут обернуться проблемой завтра. Такие люди — гедонисты в том смысле, что они хотят счастья и избегают боли; но они не забывают о том, что жизнь кончается не завтра, поэтому лучше не гнаться за сиюминутным удовлетворением (Ellis, 1979a, 1980a).

## ***Отсутствие перфекционизма и приверженности утопиям***

Здоровые люди принимают тот факт, что ни они, ни другие люди, скорее всего, никогда не достигнут совершенства, поэтому даже там, где к идеалу стоит стремиться (например, в искусстве или науке), они *не считают себя обязанными* его достичь. Они также отдают себе отчет в том, что Утопий в реальности не существует и что нельзя объять необъятное. Человек может приблизиться к идеалу, к абсолютному счастью, но путь к ним тернист, и идущего постигнет не одно разочарование.

## ***Ответственность за собственные эмоциональные нарушения***

Здоровые люди в основном считают самих себя ответственными за то, что у них появились вредные мысли и чувства, за то, что они неправильно себя ведут. Они не обвиняют в этом других людей или обстоятельства.

Они безусловно принимают себя, независимо от того, как они ведут себя или от того, что об этом думают окружающие. Они явно *предпочитают* быть компетентными и получать одобрение. Они оценивают и критикуют лишь свое *поведение*, когда что-то не удастся. Они не считают, что *должны* все и всегда делать хорошо и получать одобрение, следовательно, они не думают, что они *хорошие*, когда все удается, и *плохие* — когда их постигает неудача (Ellis, 1962, 1972, 1976b, 1985b; Ellis & Grieger, 1977; Ellis & Whiteley, 1979).



**Вопрос 2: Какие изменения происходят с людьми в процессе психотерапии? В соответствии с какими принципами РЭТ осуществляет эти изменения?**

РЭТ считает, что в процессе психотерапии люди меняются, делая и переживая самые разные вещи: они чувствуют любовь к себе и придерживаются направления, которое дает им психотерапевт; их слушают, учат и подталкивают. Разные приемы используются в работе с разными людьми. Однако в РЭТ считается, что для того, чтобы произошли глобальные изменения, желательно, чтобы клиент сделал три главные вещи: 1) понял, что основную ответственность за свои мысли, чувства и поступки несет он сам, и перестал перекладывать ее на своих родителей, культуру, окружающую действительность; 2) увидел, как именно вредят ему его мысли, чувства и действия; 3) настойчиво и последовательно старался изменить свои невротические убеждения, эмоции и поведение.

С самого начала РЭТ отдавала предпочтение инсайту как основному посреднику в осуществлении личностных изменений. Но инсайт в РЭТ имеет мало общего с инсайтом, как его понимали Фрейд и психоаналитики. Они считали, что, если человек полностью отдает себе отчет в том, откуда взялись его эмоциональные проблемы, значит, он может их разрешить. Мы же, наоборот, уверены, что время, потраченное на то, чтобы понять, где берет начало проблемы, можно гораздо более эффективно использовать, стараясь что-то изменить в себе сегодняшнем.

РЭТ считает важными три вида инсайта: 1) неважно, что произошло с вами в прошлом (в детстве, в начале семейной жизни) — важно то, что реакции на происшедшее были вашими собственными; это вы реагировали чрезмерно или недостаточно и, значит, основную ответственность за возникновение нарушений несете вы сами; 2) неважно, как и когда возникло нарушение, неважно, какой была ваша реакция на поведение родителей и учителей, на условия, в которых вы жили, — ваши сегодняшние проблемы связаны не с детскими реакциями, а с тем, что эти реакции остались *неизменными*; то, что случилось в прошлом, не вызывает проблем сегодня, оно лишь помогает их возникновению; 3) человеку от природы свойственно *привыкать* к иррациональному образу мышления, чувствования и поведения; чтобы преодолеть эту привычку, необходимы упорная работа и тренировка — да-да, *работа и*

*тренировка* — только они помогут вам измениться и стать счастливее (Ellis, 1962).

Теперь о том, чем РЭТ руководствуется при осуществлении изменений.

### ***ABC иррационального мышления и нарушений***

У людей, как отмечал Адлер (Adler, 1927, 1964), есть цели и идеалы; РЭТ считает, что практически все, что человек делает, он делает потому, что хочет жить и получать удовлетворение от жизни. Целью человека обычно является получение удовлетворения в следующих сферах жизни: 1) от общения с самим собой; 2) от общения с другими людьми; 3) от общения с избранными близкими; 4) в работе и финансах; 5) в других видах деятельности (занятиях искусством, литературой, спортом, играх и т.д.).

Разумеется, на пути к осуществлению этих целей (**G** — goals) человек часто сталкивается с препятствиями. В РЭТ эти препятствия называются Негативными Активизирующими Событиями (**A** — activating events). Когда происходит Негативное Активизирующее Событие (**A**), у человека есть выбор между адекватной и неадекватной эмоциональной реакцией и между полезным и вредным для себя поведением. Эти эмоциональные реакции и поведение называются Следствиями (**C** — consequences). В большинстве случаев люди адекватно реагируют на **A**. Так, если человеку что-то не удалось (например, получить работу или завоевать чье-то сердце), он чувствует досаду, разочарование, сожаление, и эти в целом негативные и неприятные чувства полезны в том смысле, что они заставляют человека еще раз оценить Цель (**G**) и Активизирующее Событие (**A**), мешающее ее осуществлению, и попытаться изменить последнее, чтобы достичь своей цели в будущем.

Основным источником адекватных чувств и поступков РЭТ считает рациональные или реалистические Убеждения (**rB** — rational Beliefs), такие как: “Я недоволен тем, что у меня в этот раз ничего не вышло. Надеюсь, в следующий раз я добьюсь успеха. Да, я предпочитаю получать одобрение значимых для меня людей. Но если они отвергнут меня, это не будет концом света — я постараюсь получить их одобрение в следующий раз”.

Другими словами, РЭТ считает, что дело не в Активизирующих Событиях (**A**), а в разумных Убеждениях (**B**) *относительно* этих событий.

Далее, РЭТ считает, что вредные для человека чувства и поступки в основном проистекают из иррациональных Убеждений (**iB**). А именно: когда человека отвергают, он на стадии **A** (Активизирующее Событие) осознанно или неосознанно говорит себе примерно следующее: “Я не должен был потерпеть поражение и оказаться отверженным. Это ужасно. Я не могу этого вынести. Я ничтожество, я заслуженно наказан. Конечно, я навсегда останусь неудачником и ко мне *всегда* будут плохо относиться!”

Практически все виды когнитивно-бихевиоральной терапии придерживаются принципов, схожих с **ABC** РЭТ, но есть в наших подходах и существенные различия.

1. Практически все виды когнитивной и когнитивно-бихевиоральной терапии следуют по моим стопам — так же, как я следовал по стопам Эпиктета (Epictetus, 1890), Марка Аврелия (Marcus Aurelius, 1890) и других древних философов. Если говорить конкретнее, представители других психотерапевтических школ согласны с тем, что иррациональные Убеждения (**iB**) ведут к эмоциональным нарушениям, но считают, что это происходит всегда, т.е. что наличие иррациональных Убеждений автоматически ведет к эмоциональному нарушению (Beck, 1976; Burns, 1980). Такую точку зрения нельзя считать правильной, поскольку, как указал Джон Дьюи (John Dewey, 1915) еще в начале века, люди могут иметь самые безумные убеждения, при этом нисколько от этого не страдая. Более того, как правильно заметил Ричард Лазарус (Lazarus & Folkman, 1984), иррациональные и нереалистичные убеждения (например, когда смертельно больной человек убежден, что выздоровеет) могут помогать уменьшить страдания и тревогу.

Ввиду всего сказанного, РЭТ полагает, что люди в основном — а может быть и исключительно — наносят себе вред посредством оценочных иррациональных Убеждений. К примеру, если вы считаете, что есть добрый волшебник, который о вас заботится и всегда готов прийти на помощь, вы можете быть счастливы, и это в высшей степени нереалистичное убеждение не причинит вам никакого вреда. Но если вы считаете (оцениваете) помощь волшебника необходимой, которую вы просто *обязаны* получать, у вас почти непременно возникнет тревога (если вы поймете, что можете не получить столь *необходимой* вам помощи), и можете впасть в депрессию (если увидите, что помощь не приходит, когда вы так в ней нуждаетесь).

Поэтому РЭТ имеет дело не со всеми иррациональными убеждениями, а лишь с теми, которые носят оценочный характер и связаны с *желаниями* и *требованиями*. В отличие от учителя логики, который может попробовать помочь вам *полностью* изменить нелогичное и нереалистичное мышление, имеет дело только с **iB**, связанными с тем, чего вы *хотите* и поэтому считаете *необходимым*, РЭТ имеет дело только с теми иррациональными Убеждениями (**iB**), которые связаны с вашими целями, желаниями и идеями. Поэтому психотерапевтический процесс у нас обычно бывает *кратким* и *эффективным* (Bard, 1980; Dryden, 1984; Ellis, 1984e, 1985a; Ellis & Abrahms, 1978; Ellis & Harper, 1975; Walen, Di-Giuseppe, & Wessler, 1980; Wessler & Wessler, 1980).

2. РЭТ считает важным проводить четкое разграничение между рациональными (**rB**) и иррациональными Убеждениями (**iB**). Кроме того, РЭТ является практически единственной психотерапевтической школой, показывающей, в чем разница между адекватными и неадекватными чувствами и между полезным и вредным поведением. Придерживаясь прагматического подхода Дьюи (Dewey, 1915), РЭТ считает рациональными те Убеждения (**B**), которые помогают человеку достичь поставленных им целей и служат его интересам, одновременно не нарушая интересов социальной группы, в которой он живет. Иррациональные Убеждения (**iB**) — это убеждения, которые, содержат в себе оценку и мешают осуществлению целей человека, причиняя ему ненужную боль, страдания и иногда даже приводя к безвременной смерти.

Обычно помогающие человеку **rB** логичны и реалистичны, а вредящие ему **iB** — наоборот. Но это не всегда так! Например, как уже было сказано выше, за таким нелогичным Убеждением, как: “Раз меня бросил любимый, значит, со мной что-то не так”, — может следовать абсолютно рациональное Убеждение: “Даже если со мной что-то не так, я, скорее всего, найду кого-то, кто сможет полюбить меня”. А за нереалистичным Убеждением: “Раз меня отверг человек, которого я люблю, значит, любой, кого я полюблю, тоже отвергнет меня”, — может следовать реалистичное Убеждение: “Даже если все, кого я полюблю, отвергнут меня, я смогу быть счастливым и без любви”.

Только определенные **iB** — а именно *требования* к себе, окружающим людям и миру — почти всегда вызывают тревожность, депрессию, ярость и презрение к себе. Например: “Поскольку люди, которых я люблю, *не должны* отвергать меня, а этот чело-

век все же отверг, значит, я ничтожество, которое никогда не добьется любви! Поэтому я никогда не смогу быть счастливым!” Это Убеждение одновременно является и нелогичным (в силу допущенных в нем чрезмерного обобщения и непоследовательности), и нереалистичным (поскольку оно противоречит реальности). Но главное — такое Убеждение почти всегда ведет к депрессии и заставляет человека ненавидеть себя. Вместо того, чтобы искать новой любви, он начинает, наоборот, избегать контактов.

Итак, в РЭТ мы имеем дело не со всеми иррациональными Убеждениями (**iB**), а только с теми из них, которые ведут к *неадекватным* чувствам тревоги, подавленности, ненависти к себе, в свою очередь порождающим вредное поведение, заставляя человека страдать и быть несчастным.

3. В когнитивно-бихевиоральных видах психотерапии, разработанных Бекон (Beck, 1976), Молтсби (Maultsby, 1984), Мейхенбаумом (Meichenbaum, 1977) и другими когнитивистами, большое внимание уделяется разным нереалистичным и нелогичным умозаключениям и предположениям, которые не соответствуют действительности и довольно легко оспариваются психотерапевтами. Мы также относим эти Убеждения к категории иррациональных (**iB**), но, согласно РЭТ, они не причиняли бы вреда, если бы не опирались на безусловные и абсолютистские *требования*. Психотерапевты, которые пытаются опровергнуть эти иррациональные Убеждения, не касаясь *требований*, конечно, могут помогать клиентам, но делают они это довольно поверхностно.

Приведем пример: вы отказались встречаться со мной или выйти за меня замуж (а мне очень хотелось бы этого), и я делаю нелогичные и нереалистичные выводы: а) “Со мной что-то не в порядке”; б) “Я очень плохой человек”; и в) “Я никогда не смогу встречаться, с кем мне хочется, а также не смогу жениться ни на одной из женщин, чью любовь мне хотелось бы завоевать”. Первый из этих выводов неверен потому, что вы могли отвергнуть меня вовсе не из-за того, что со мной что-то не в порядке — существует масса других возможных причин. Второй вывод содержит в себе недопустимое обобщение — даже если со мной что-то не так и я не слишком хорошо умею завоевывать любовь, это еще не делает меня *очень плохим* человеком. Третий вывод также неверен (или, по крайней мере, маловероятно, что он верен), поскольку, даже если многие потенциальные партнеры отвергнут меня, это не будет означать, что я *никогда* не смогу встречаться с тем, кто мне

нравится, или жениться на человеке, любовь которого мне хотелось бы завоевать.

Итак, все выводы, сделанные мною, нереалистичны и/или нелогичны; мой психотерапевт может без особого труда продемонстрировать мне это и убедить меня в том, что они неверны и наносят мне вред. Это, однако, будет весьма поверхностным решением проблемы, если мы не коснемся моих иррациональных, безусловных, абсолютистских требований.

В корне ложного Убеждения: “Со мной что-то не в порядке” — лежит *требование*: вы и все остальные люди, которые меня интересуют, *должны* любить меня. А если я этой любви не получаю (а я, безусловно, *должен* ее получать) значит, со мной что-то не в порядке (а этого *не должно* быть).

Опять же, основная причина, по которой я заключаю: “Я очень плохой человек”, — состоит в том, что, желая чьей-то любви, я убежден, что я *должен* уметь завоевать ее. А раз я не могу добиться того, чего *должен* добиться, я делаю ошибочный вывод, что я плохой — вместо того, чтобы прийти к здравому заключению, что я — человек, *у которого* что-то в этот раз не получилось (но это еще не означает, что я *плохой*).

Точно так же я делаю вывод: “Я никогда не смогу ни встречаться с тем, кто мне нравится, ни жениться ни на одной из женщин, чью любовь мне хотелось бы завоевать”, — из-за требования, которое предъявляю к себе. Из-за какого требования? Оно очевидно: я считаю, что *должен* уметь завоевывать любовь; раз это у меня не получилось (как *должно* было), значит, я никогда не смогу встречаться с тем, кто мне нравится, или создать семью с человеком, с которым мне хотелось бы.

Итак, РЭТ считает, что основные иррациональные Убеждения, описанные в моих работах, начиная с 1956 года, и в работах других когнитивно-бихевиоральных психотерапевтов, являются производными от сознательных или бессознательных догматических *требований*. Как правильно сказала Карен Хорни (Horney, 1945), мы склонны устанавливать для себя “тиранию долженствований”. РЭТ считает, что, более того, именно при помощи требований (*долженствований*) мы в основном создаем собственные эмоциональные нарушения. Не признавая роли этих требований, невозможно надежно избавиться от вредных иррациональных Убеждений.

4. РЭТ пользуется всеми методами Оспаривания (**D** — disputing) иррациональных Убеждений, которые есть в арсенале других ког-

нитивно-бихевиоральных видов психотерапии. Кроме того, РЭТ помогает клиентам избавиться от тех иррациональных Убеждений (**iB**), которые обычно (хотя и не всегда) являются производными от *требований*. Вот примеры таких **iB**: “Я *должен* преуспевать и *обязан* сделать так, чтобы ко мне хорошо относились значимые для меня люди, следовательно: (1) Поражение и неодобрение для меня ужасны; (2) Я *не могу переносить* неудачи; (3) Раз у меня что-то не получается, значит, я *никчемный* человек; (4) Меня *всегда* будут преследовать неудачи, я *никогда* никому не понравлюсь; (5) Я такой плохой, что *не заслуживаю* ничего, кроме боли и страданий.

Помогая клиентам увидеть и развенчать (оспорить на стадии **D**) свои иррациональные Убеждения, мы одновременно демонстрируем, что они вырастают из *требований*, и показываем, как от них (этих требований) отказаться. То есть, в отличие от когнитивно-бихевиоральных психотерапевтов других направлений, мы не игнорируем существующие у клиентов абсолютистские требования к себе, к другим людям и к жизни.

### ***Активно-директивное оспаривание иррациональных убеждений***

Поскольку когнитивные аспекты РЭТ берут свое начало скорее в философии, чем в психологии, — ведь философы со времен Сократа и Платона активно оспаривали ошибочные идеи своих студентов — я сделал активное оспаривание иррациональных Убеждений составной частью РЭТ еще в 1955 году. Разумеется, бихевиоральная терапия тоже использует методы активного обучения и демонстрации, поэтому у них я взял ее активно-директивную модель в качестве примера. И, наконец, мой шестилетний опыт психоаналитической работы убедил меня в том, что пассивные и недирективные методы не приносят удовлетворительных результатов — нельзя просто сидеть и ждать, пока клиент поймет себя и, может быть, в результате этого изменится. Ждать у моря погоды я категорически не хотел!

Я на собственном опыте убедился, что состояние клиентов, с которыми я в течение нескольких лет занимался психоанализом (принесшим минимальные результаты), часто очень быстро улучшалось после того, как я начинал применять РЭТ в работе с ними

(Ellis, 1957b). Поэтому, несмотря на то, что когнитивно-бихевиоральные психотерапевты обычно гордятся изменениями, которые происходят в результате медленного и осторожного Оспаривания, в РЭТ считается, что многие (хотя и не все) клиенты могут быстро научиться видеть и Оспаривать свои иррациональные Убеждения. По этой причине я, как и многие другие РЭТ-психотерапевты, использую активно-директивные методы Оспаривания, начиная с самой первой встречи с клиентом. Если кого-то из клиентов такая скорость смущает, мы замедляем темп психотерапии до приемлемого. Но делаем мы это только после того, как испробованы все возможные виды Оспаривания (Ellis, 1962, 1971a, 1973, 1985a).

### ***Использование научного метода в РЭТ***

Как уже было сказано, в РЭТ нарушения — по крайней мере, невротические — считаются синонимом абсолютистского, догматического, ригидного мышления. Современную науку РЭТ считает гибкой, готовой уточнять свои взгляды и даже отказываться от них в пользу более правильных. РЭТ не только пользуется научным методом для оценки собственной теории и практики, но и обучает клиентов его применению в своем мышлении и поведении. Мы не считаем, конечно, что наука священна или непогрешима — это не так. Но она является лучшим орудием для распознавания природы нарушений и борьбы с ними.

### ***Соотношение когнитивного, эмотивного и бихевиорального***

Некоторые когнитивные психотерапевты, например, Поль Дюбуа (Dubois, 1907) и Альфред Адлер (Adler, 1927) использовали в своей работе почти исключительно интеллектуальные техники — такие, как убеждение и обучение. Другие когнитивисты, к примеру, Джордж Келли (Kelly, 1955), работали в основном с эмотивными техниками, скажем, с фиксированной ролевой игрой. Некоторые когнитивно-бихевиоральные психотерапевты — один из них Эммелькамп (Emmelkamp, Kuipers, & Eggeraat,



1978) — в основном прибегали к бихевиоральным методам, например к десенсилизации *in vivo*. С самого своего возникновения РЭТ уделяла одинаковое внимание всем трем модальностям (когнитивной, эмотивной и бихевиоральной) и стала первой по-настоящему мультимодальной психотерапевтической школой. Но мы используем мультимодальный подход не из-за того, что, как считает Арнольд Лазарус (Lazarus, 1981), технический эклектизм практичен и часто может приносить хорошие результаты. Просто теория РЭТ гласит (как уже было сказано), что мысли, эмоции и чувства неразрывно связаны между собой. Вот что я сказал по этому поводу в своей первой работе по РЭТ (Ellis, 1958) и затем повторил в книге “Суждения и эмоции в психотерапии” (Ellis, 1962, pp. 38—39, 52): “Теория РЭТ основана на следующей предпосылке: мышление и эмоции не являются независимыми или отдельными друг от друга процессами; они в значительной степени пересекаются и в определенном смысле — на практике — являются по существу одним и тем же. Так же, как и два других основных жизненных процесса — ощущение и движение, — они неразрывно взаимосвязаны и никогда не существуют отдельно друг от друга.

Другими словами, ощущение, движение, эмоции и мышление не существуют в изоляции. Если человек ощущает или воспринимает какой-то предмет (например, видит палку), он чаще всего одновременно производит какие-то действия (поднимает ее, отталкивает или выбрасывает), чувствует (она ему нравится или не нравится) и думает что-то (вспоминает, что видел такую же раньше или представляет себе, что с ней можно сделать). Точно так же, если человек движется, испытывает эмоции или думает, он — сознательно или бессознательно — вовлекается в поведенческие процессы.

Поэтому вместо того, чтобы говорить: “Смит думает об этой проблеме” — правильнее было бы сказать: “Смит ощущает-движется-чувствует-ДУМАЕТ об этой проблеме”.

Рациональные психотерапевты считают, что продолжительные негативные эмоции — такие, как депрессия, тревожность, ярость или чувство вины — практически никогда не являются необходимой составляющей человеческой жизни; их можно свести к минимуму, если люди научатся правильно мыслить и, вследствие этого, эффективно действовать. Задача психотерапевта состоит в том, чтобы показать клиентам, как это можно делать”.

### **Вопрос 3: В чем состоят преимущества рационально-эмотивной терапии и каковы ее ограничения?**

Мне кажется, я вполне определенно сказал в последней главе книги “Разум и эмоции в психотерапии” (Ellis, 1962), что любой из видов психотерапии, включая РЭТ, имеет свои ограничения. Люди *от природы склонны* создавать свои эмоциональные нарушения — это для них естественно — поэтому трудно бывает добиться значительных (а тем более радикальных) личностных изменений. Практически никого из клиентов, даже при эффективном использовании РЭТ, не удавалось излечить полностью, хотя состояние многих существенно улучшалось. Дело в том, что люди склонны наносить себе вред, и от этой склонности никогда не удастся полностью и безвозвратно избавиться (Ellis, 1976с, 1985а).

Существуют факторы, ограничивающие эффективность РЭТ (так же, как и любого другого вида психотерапии!). Вот некоторые из них: 1) неадекватные чувства часто бывают столь ярко выраженными, что люди ошибочно считают их неизбежными и неизменяемыми и предпринимают лишь слабые, робкие попытки изменить их; 2) поскольку люди начинают испытывать эти чувства практически сразу после Активизирующего События (А), у них нередко возникает впечатление, что определенные А всегда ведут к определенным С (следствиям), значит, изменить следствия (С) можно только посредством влияния на А; 3) поскольку вредные чувства — такие, как чрезмерная тревога, ярость или чувство вины — *иногда* имеют положительный результат, люди начинают всегда считать их благоприятными и полезными и взращивать их в себе вместо того, чтобы от них отказаться; 4) поскольку некоторые чувства, например, оправданные осмотрительность и осторожность, граничат с неадекватными негативными чувствами, например, с тревогой и паникой, люди (и психотерапевты) часто путают их и не знают точно, от каких чувств необходимо отказаться, а какие сохранить; 5) некоторые техники РЭТ — например, принятие клиентом ответственности за неправильное поведение без обвинения себя — требуют от клиентов умения проводить весьма тонкие различия, но таким умением наделены не все; 6) клиенты должны быть не младше определенного возраста и обладать определенными интеллектуальными способностями (а именно, им должно быть не меньше 8 лет и их интеллектуальный уровень должен

быть не ниже среднего) для того, чтобы понять и научиться применять РЭТ.

Кроме этого, у большинства людей от природы существует склонность *с легкостью* создавать свои проблемы, но *с трудом* их решать. Как указано в книгах “Разум и эмоции в психотерапии” (Ellis, 1962) и “Преодоление сопротивления” (Ellis, 1985a), сопротивление может иметь следующие проявления: 1) привычка мыслить, чувствовать и вести себя дисфункционально, от которой трудно отказаться; 2) склонность к физической, эмоциональной и интеллектуальной инерции; 3) желание получить удовольствие прямо сейчас, любой ценой, не думая о будущем (“близорукий гедонизм”); 4) совершение некоторых действий и употребление некоторых веществ (таких, как игра на деньги или неумеренное потребление алкогольных напитков), несмотря на их очевидный вред; 5) чрезвычайно развитые внушаемость, доверчивость и конформизм; 6) тенденция поддаваться подозрительности и панике вместо того, чтобы быть внимательными и осторожными; 7) склонность к мании величия; 8) приверженность принципу “все или ничего”; 9) нереалистичное мышление; 10) желание тянуть время и избегать того, что не нравится; 11) часто проявляющееся нежелание быть настойчивым; 12) склонность к чрезмерным обобщениям и другим логическим ошибкам; 13) бездумность и торопливость; 14) склонность создавать свои эмоциональные расстройства, а потом обвинять себя в этом; 15) наличие таланта догматического, абсолютистского, жесткого, антинаучного мышления.

Я перечислил здесь лишь некоторые механизмы, помогающие людям противостоять благоприятным переменам (Ainslie, 1974; Ellis, 1962, 1976b, 1985a, 1985d; Frankel, 1973; Frazer, 1959; Hoffer, 1951; Kahneman & Tversky, 1973; Korzybski, 1933; Levi-Strauss, 1970; Pitkin, 1932; Rachleff, 1973; Tversky & Kahneman, 1981, 1983).

Но это не означает, что люди не могут меняться. Совсем наоборот! Как показали Маслоу (Maslow, 1962), Роджерс (Rogers, 1961), Берн (Berne, 1972) и другие авторы и как сам я неоднократно подчеркивал (Ellis, 1962, 1971a, 1973; Ellis & Harper, 1975), практически у каждого человека есть сильное стремление к самоактуализации. Люди думают; думают о том, что они думают; думают о том, что думают, что они думают. Поэтому, несмотря на все преграды, они способны осуществлять существенные мировоззренческие перемены. Иначе в психотерапии (в том числе и в РЭТ) не было бы никакого смысла.

Поэтому я оптимистически смотрю на возможности психотерапии, при этом понимая, что они не безграничны. Это в полной мере относится и к РЭТ.

Несмотря на все ограничения, у РЭТ есть уникальные преимущества, например, следующие:

1. Она может приносить положительные результаты достаточно быстро, поскольку мы стремимся как можно скорее свести к нулю *базовые* иррациональные Убеждения клиента, а также научить его, как их оспаривать и бороться с ними. Поэтому нам часто удается помочь людям (при условии их активности) достичь существенных улучшений в течение 3—6 месяцев.

2. РЭТ стремится работать не только эффективно, но и экономно. Мы стараемся в основном пользоваться теми техниками, которые подходят большинству клиентов — активное оспаривание иррациональных Убеждений, рационально-эмотивные образы, упражнения по борьбе со стыдом и десенсиитизация *in vivo*. Если эти техники не оказываются эффективными при работе с конкретным клиентом, психотерапевт выбирает из имеющегося в его распоряжении арсенала другие когнитивные, эмотивные и бихевиоральные методы, которые могут подойти для необычного или трудного случая (Ellis, 1985a).

3. Несмотря на то, что РЭТ оказывается наиболее эффективной при работе с умными, образованными клиентами, обладающими высоким уровнем мотивации, ее можно применять и в упрощенной форме с несложным языком для детей, малообразованных или внутренне сопротивляющихся клиентов (Bernard & Joyce, 1984; Ellis, 1985a; Ellis & Bernard, 1983, 1985). РЭТ применима к гораздо более широкому кругу людей, чем любой другой популярный сегодня вид психотерапии.

4. РЭТ сегодня находит применение не только в обычной психотерапевтической работе — она широко используется в образовании, общении, бизнесе. Основные положения и техники РЭТ описаны в многочисленных популярно-психологических книгах. Через эти каналы РЭТ помогает миллионам людей, не получающим или получающим недостаточно психотерапевтической помощи (Bingham, 1982; Ellis, 1957a, 1973, 1976a, 1977a; Ellis & Becker, 1982; Ellis & Bernard, 1985; Ellis & Knaus, 1977; Hauck, 1973, 1974; Knaus, 1974; Powell, 1976).

5. В отличие от многих других популярных школ психотерапии — например, психоанализа, гештальт-терапии, клиент-центрированной терапии и других, — в рамках которых проведено лишь небольшое количество исследований результатов психотерапевтического воздействия, за РЭТ и КБТ сегодня стоит более 200 экспериментов, результаты которых доказывают их большую эффективность по сравнению с другими видами психотерапии (Di-Giuseppe, Miller & Trexler, 1979; Ellis, 1979c; McGovern & Silverman, 1984; Meichenbaum, 1977; Meichenbaum & Jaremko, 1983; Miller & Betman, 1983).

6. РЭТ, исходно появившаяся как индивидуальная психотерапия, сегодня успешно применяется в других формах, включая группы, “рациональные марафоны”, семинары, интенсивные занятия, компьютерная терапия, работа с кризисами и т.д. (Ellis, 1969, 1973; Ellis & Abrahms, 1980; Institute for Rational-Emotive Therapy, 1985—1986).

#### ***Вопрос 4: Как происходит обучение будущих РЭТ-психотерапевтов? Какие качества являются главными для них?***

Институт рационально-эмотивной терапии обучает студентов с момента своего основания в 1959 году. Сначала обучение происходило в виде одно-, двух- и трехдневных семинаров, а в 1968 году мы перешли к трехуровневой системе обучения. На сегодняшний день более тысячи кандидатов психологических и общественных наук получили наши дипломы первой ступени. Для получения такого диплома необходимо пройти пятидневный интенсивный практикум по теории и практике РЭТ и сдать экзамен.

Однако для того, чтобы принимать клиентов в качестве РЭТ-психотерапевта, необходимо пройти еще один или два уровня обучения. На втором уровне студенты интенсивно обучаются два года; кроме того, они должны провести по крайней мере 25 сеансов индивидуальной и/или групповой психотерапии под руководством опытных специалистов, принять участие в большом количестве теоретических семинаров и изучить основные теоретические работы по РЭТ. Несколько сот специалистов уже прошли такое обучение — к ним мы направляем клиентов, обращающихся в Институт за помощью.

Для того, чтобы получить диплом третьей ступени, студент должен три года проучиться в нашем нью-йоркском Институте, одновременно проводя индивидуальные и групповые психотерапевтические сессии, участвовать в семинарах и проводить самую разную работу в русле РЭТ. После этого они обучаются преподаванию РЭТ и могут сами заниматься со студентами.

Как я написал в книге “Преодоление сопротивления: РЭТ для трудных клиентов” (Ellis, 1985a), есть определенные качества, которыми желательно обладать людям, обучающимся психотерапии. Они должны иметь сильное желание помогать клиентам, безусловно принимать клиента как личность, обладать знаниями в области разных видов психотерапии и быть гибкими при использовании разных техник, уметь эффективно общаться, быть терпеливыми и настойчивыми в своей работе, быть этичными и ответственными и работать в интересах клиента, а не в своих собственных, уметь передавать клиента, которому они сами не могут помочь, другому психотерапевту, стараться избегать как чрезмерной вовлеченности, так и недостаточной вовлеченности в дела своих клиентов.

РЭТ-психотерапевты, кроме этого, должны обладать дополнительными характеристиками: (1) с удовольствием использовать активный и директивный подход; (2) быть приверженными принципам философии, науки, логики и эмпирики; (3) быть хорошими преподавателями и коммуникаторами; (4) быть устойчивыми к фрустрации и уметь безусловно принимать себя; (5) получать удовольствие от процесса решения проблем; (6) охотно экспериментировать и рисковать; (7) иметь чувство юмора; (8) быть энергичными и сильными; (9) обладать большими познаниями в области теории и практики РЭТ и уметь применять ее последовательно и гибко (Ellis, 1984a, 1984b, 1985a; Wessler & Ellis, 1980, 1983). Естественно, никто не может обладать всеми этими характеристиками. А жаль!

### ***Вопрос 5: Как оценивается эффективность РЭТ? Какое место в РЭТ уделяется исследованиям?***

Эффективность РЭТ (и КБТ) в основном оценивается при помощи экспериментальных исследований, в которых мы стараемся использовать и контрольные группы. В нью-йоркском Институте

рационально-эмотивной терапии (и в нескольких аналогичных институтах в США и за рубежом) мы оцениваем эффективность следующими способами.

1. Регулярно проводятся опросы клиентов и бывших клиентов с целью выяснить, происходит ли улучшение состояния и что в работе своих психотерапевтов клиенты считают для себя полезным, а что — нет.

2. Уже год мы проводим широкомасштабное исследование с использованием нескольких стандартных тестов и специальных опросников для выявления рациональности; задача исследования состоит в том, чтобы выяснить, что клиенты думают, чувствуют и как ведут себя, когда они приходят к психотерапевту, и как их состояние прогрессирует — или регрессирует — каждый месяц во время психотерапии.

3. Мы оцениваем наши семинары и интенсивные курсы, чтобы понять, как относятся к ним участники, и помогают ли им наши занятия; эти оценки используются для внесения изменений в программу обучения.

4. Мы вносим данные с бланков биографической информации, которые клиенты заполняют при первом обращении в Институт, в компьютер, а затем с их помощью исследуем психологические и социологические переменные.

5. Все сотрудники Института должны выполнять определенный объем исследований, многие из которых потом публикуются.

### ***Вопрос 6: Как развивалась РЭТ и в каком направлении она развивается сейчас? В каком направлении, по вашему мнению, развивается психотерапия в целом?***

С тех пор, как я создал РЭТ в начале 1955 года, она постоянно развивалась в самых разных отношениях:

1. Возникнув как разновидность индивидуальной психотерапии, она скоро стала применяться и в групповой работе; сейчас групповая РЭТ весьма популярна и является одним из главных аспектов РЭТ в целом. В данный момент только в Институте работает 8 психотерапевтических групп. РЭТ-группы также работают во всем мире.

2. Через несколько лет после того, как я стал заниматься РЭТ, я начал проводить и семинары для больших групп слушателей — от 30 до 2000 человек. На сегодняшний день я провел более 1500 таких семинаров, и другие РЭТ-психотерапевты провели их тысячи.

3. С 1955 года мы проводим сотни публичных лекций по РЭТ ежегодно. Мы выступаем по радио и телевидению; кроме того, Институт распространяет свои записи на аудио- и видеокассетах.

4. Я опубликовал около 50 книг и более 500 статей по РЭТ; многие из них были предназначены для того, чтобы научить людей самостоятельно справляться со своими проблемами. Другими авторами также были написаны сотни книг и тысячи статей о РЭТ, с которыми ознакомились миллионы читателей.

5. В течение последних 30 лет РЭТ преподавалась в старших классах школ, колледжах и университетах, и часто она становится самым популярным среди студентов предметом.

6. С 1983 года появилась возможность знакомиться с РЭТ в компьютерном варианте. Сейчас Институт планирует выпустить пособия по РЭТ на лазерных дисках, которые могут быть использованы на предприятиях, в школах, больницах и будут доступны всем частным лицам, имеющим доступ к компьютеру.

7. РЭТ была создана для психотерапевтов и их клиентов, но потом стала получать намного более широкое применение. Сейчас она используется в политике, юриспруденции, коммуникации, при подготовке лидеров, в криминологии, философии, образовании, антропологии, в решении семейных и сексуальных проблем, при воспитании детей и в других областях жизни (Ellis & Bernard, 1985).

8. В 1955 году я сформулировал 10 основных иррациональных Убеждений, которые затем цитировались в сотнях книг и тысячах статей. На основании этого списка Убеждений было создано более 20 стандартизованных тестов, с помощью которых на сегодняшний день проведено около 250 исследований. Результаты почти всех этих исследований показывают, что у людей с более серьезными нарушениями обычно бывает больше иррациональных Убеждений, чем у тех, у кого нарушения менее выражены. Эти тесты оказались также полезными при проведении исследований результатов психотерапевтического воздействия (DiGiuseppe, Miller, & Trexler, 1979; Ellis, 1979c).

9. За годы работы в РЭТ я обнаружил, что большинство иррациональных Убеждений может быть отнесено к одной из трех групп



*требований* и что все 20 или более нереалистичных и нелогичных идей, которые могут вести к нарушениям, связаны с *требованиями* (Ellis, 1976c, 1977a, 1979a, 1984d, 1985a, 1985b; Ellis & Becker, 1982; Ellis & Grieger, 1977; Ellis & Harper, 1975). Как уже было сказано выше, из-за того, что РЭТ работает с требованиями, она является более кратким, но одновременно и более философским и глубоким видом психотерапии.

10. РЭТ с самого начала была эмотивным и конфронтационным видом психотерапии, однако она смогла с годами еще более развить эти качества при помощи вновь созданных методов, не существовавших в 1955 году. В шестидесятых годах я изобрел некоторые упражнения — например, достаточно известное сегодня упражнение по борьбе с чувством стыда, — которые стали частью групповой и индивидуальной РЭТ (Ellis, 1969). Я также уделял большое внимание методу “диалога с самим собой” и другим сильнодействующим техникам (Dryden, 1984; Ellis, 1971a, 1985a; Ellis & Abrahms, 1978; Ellis & Becker, 1982; Maultsby & Ellis, 1974). Исходно РЭТ обвиняли в “рациональности” и “недостаточной эмотивности”, а сейчас она превратилась в один из самых эмотивных видов когнитивной терапии.

11. Как я уже говорил, в РЭТ всегда использовались домашние задания — когнитивные, эмотивные и бихевиоральные. Впервые систематические когнитивные домашние задания были придуманы Джоном Гейсом, мною и Чарльзом Старком в 60-х годах. Макси Молтсби (Maultsby, 1971) очень активно стал использовать домашние задания, когда пришел в РЭТ в конце 60-х — начале 70-х. Институт рационально-эмотивной терапии стал давать клиентам для заполнения бланки отчета о своем состоянии, когда открылась его психологическая клиника в Нью-Йорке в 1968 г. (Ellis, 1971b). С тех пор форма отчета была усовершенствована, и наши клиенты теперь заполняют “Бланк рациональности” (Sichel & Ellis, 1984).

12. РЭТ-терапевты всегда считали важным подходить к Оспариванию иррациональных Убеждений с юмором. Да, мы считаем, что людям стоит относиться к себе и своей жизни серьезно и жить увлеченно (Ellis & Harper, 1961a, 1961b, 1975). При этом мы полагаем, что эмоциональные нарушения возникают при *слишком* серьезном отношении людей к самим себе, когда они начинают преувеличивать собственную значимость. В 1976 году на ежегодном собрании Американской психологической ассоциации (Ellis, 1977a, 1977b) в Вашингтоне я впервые спел одну из рациональ-

ных юмористических песенок, которые я начал использовать в работе с клиентами за несколько лет до этого. Эти песенки приобрели огромную популярность среди РЭТ-терапевтов и оказались очень полезными при работе с депрессивными, тревожными и враждебно настроенными клиентами (Ellis, 1981, in press — b).

13. Как было сказано, РЭТ не соглашается с точкой зрения некоторых семейных терапевтов, считающих, что личность человека можно изменить посредством влияния на систему его семьи. Но мы разработали свой собственный подход к работе с системами — мы помогаем всем членам семьи (или другой системы) изменить свои иррациональные Убеждения, неадекватные чувства и дисфункциональное поведение и одновременно с этим изменить некоторые дисфункциональные аспекты системы в целом. В этом смысле РЭТ является, может быть, наиболее системно ориентированной школой психотерапии (Ellis, 1985a).

14. Безусловное принятие клиента считалось необходимым в РЭТ с 1955 года. Эту идею я почерпнул у некоторых экзистенциальных философов, в частности, у Пауля Тиллиха (Tillich, 1953). Я учил людей безусловно принимать себя просто потому, что они люди, потому, что они существуют (Ellis, 1957a, 1962; Ellis & Harper, 1961a, 1961b). Позже я понял, что, хотя это и хорошее решение проблемы отношения к себе (потому что человек, принимающий себя, не может себя ненавидеть), с философской точки зрения невозможно ни доказать, ни опровергнуть ни утверждение: “Я хороший потому, что я существую,” — ни противоположное ему: “Я плохой потому, что я существую”. Вообще, как показал Корзыбски (Korzybski, 1933), оценивать “я”, *существование, сущее и целое* нельзя, поскольку все эти понятия являются сверхобобщенными абстракциями. *Вы* представляете собой сочетание такого количества качеств, характеристик, поступков и т.д., что просто невозможно дать однозначную и всеобъемлющую оценку *себя*. РЭТ, вероятно, является единственным психотерапевтическим направлением, дающим оценку *только* мыслям, чувствам и поведению человека (с точки зрения их эффективности для реализации его целей) и не оценивающим их “я”, их *личность* (Ellis, 1972, 1973, 1976b).

Как я вижу развитие РЭТ в будущем? Во-первых, я искренне надеюсь, что ее основные принципы — в частности, понимание того, что люди сами создают свои нарушения при помощи догма-

тических *требований*, а также обучение тому, как бороться с собственным антинаучным мышлением — станут составной частью всех психотерапевтических школ. Это уже происходит — даже психоанализ, гештальт-терапия и системная терапия становятся более рационально-эмотивными и когнитивно-бихевиоральными, чем они были раньше (Bieber, 1981; Goldfried, 1980; Kraft, 1969; Wachtel, 1978).

Во-вторых, мне хотелось бы, чтобы РЭТ в частности и вся психотерапия в целом перестали уделять основное внимание индивидуальной терапии и терапии в малых группах и стали работать через систему образования и средства массовой информации. РЭТ уже сегодня во многом является формой активно-директивного обучения, потому что психотерапевты с самой первой сессии начинают рассказывать клиентам об **АВС** нарушений, учат их использовать научные методы при Оспаривании иррациональных Убеждений, показывают, как давать самим себе когнитивные, эмотивные и поведенческие домашние задания, демонстрируют упражнения для выполнения во время и после психотерапевтических сеансов, используют библио- и аудиовизуальную терапию, а также другие обучающие методы. В силу всего этого РЭТ прекрасно подходит для использования через средства массовой информации. Поэтому я думаю — и надеюсь, — что в будущем РЭТ будет широко использоваться в индивидуальной и групповой терапии, а также дома, в школах, колледжах, университетах, общественных и политических организациях и больницах. Все больше и больше людей будут учиться не расстраивать себя ни по какому — да, ни по какому! — поводу, и это поможет им стать более счастливыми, расширить возможности самореализации и жить более насыщенной жизнью (Ellis & Dryden, in press).

## Литература

- Adler, A. (1927). *Understanding human nature*. New York: Greenberg.  
Adler, A. (1964). *Social interest*. New York: Capricorn.  
Ainslie, G. (1974). Specious reward: A Behavioral theory of impulse and impulse control. *Psychological Bulletin*, 82, 463—496.  
Bard, J. A. (1980). *Rational therapy in practice*. Champaign, IL: Research Press.  
Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.  
Bernard, M. E., Joyce, M. (1984). *Rational-emotive therapy with children and adolescents*. New York: Wiley.

- Berne, E. (1964). *Games people play*. New York: Grove.
- Berne, E. (1972). *What do you say after you say hello?* New York: Grove.
- Bieber, I. (1981). *Cognitive psychoanalysis*. New York: Aronson.
- Bingham, T. R. (1982). *Program for affective learning*. Blanding, UT: Metra.
- Burns, D. (1980). *Feeling good*. New York: Morrow.
- Dewey, J. (1915). Quoted in M. Davidson, Pragmatism, cognitive theory, and American clinical casework. Unpublished paper, 1985.
- DiGiuseppe, R. A., Miller, N. J., & Trexler, L. D. (1979). A review of rational-emotive psychotherapy outcome studies. In A. Ellis & J. M. Whiteley (Eds.), *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy* (pp. 218–235). Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Dryden, W. (1984). *Rational-emotive therapy: Fundamental and innovations*. London: Croom Helm.
- Dubois, P. (1907). *The psychic treatment of nervous disorders*. New York: Funk and Wagnalls.
- Ellis, A. (1957a). *How to live with a neurotic: At home and at work*. New York: Crown. Rev. Ed.: North Hollywood, CA: Wilshire Books, 1975.
- Ellis, A. (1957b). Outcome of employing three techniques of psychotherapy. *Journal of clinical Psychology*, 13, 334–350.
- Ellis, A. (1958). Rational psychotherapy. *Journal of General Psychology*, 59, 35–49.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus, NJ: Citadel.
- Ellis, A. (1969). A weekend of rational encounter. In A. Burton (Ed.), *Encounter* (pp. 112–127). San Francisco: Jossey-Bass.
- Ellis, A. (1971a). *Growth through reason*. North Hollywood, CA: Wilshire.
- Ellis, A. (1971b). *Homework report*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Ellis, A. (1971c). Problems of daily living workshop. In R. J. Menges & F. Pennington (Eds.), *A survey of 19 innovative educational programs for adolescents and adults* (pp. 49–51). Minneapolis: Youth Research Center.
- Ellis, A. (1971d). Sexual adventuring and personality growth. In H. Otto (Ed.), *The new sexuality* (pp. 94–109). Palo Alto: Science and Behavior Books. Reprinted: New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Ellis, A. (1972). *Psychotherapy and the value of human being*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Ellis, A. (1973). *Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach*. New York: McGraw-Hill.
- Ellis, A. (1976a). *Sex and the liberated man*. Secaucus, NJ: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1976b). *RET abolishes most of the human ego*. *Psychotherapy*, 13(4), 343–348. Reprinted: New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Ellis, A. (1976c). The biological basis of human irrationality. *Journal of Individual Psychology*, 32, 145–168. Reprinted: New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Ellis, A. (1977a). *Anger — how to live with and without it*. Secaucus, NJ: Citadel Press.
- Ellis, A. (1977b). Fun as psychotherapy. *Rational Living*, 12(1), 2–6. Also: Cassette recording. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Ellis, A. (1977c). *A garland of rational songs*. (Songbook and cassette recording.) New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Ellis, A. (1979a). *The intelligent woman's guide to dating and mating*. Secaucus, NJ: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1979b). Discomfort anxiety: A new cognitive-behavioral construct. Part 1. *Rational Living*, 14 (2), 3–8.

Ellis, A. (1979c). Rational-emotive therapy: Research data that support the clinical and personality hypotheses of RET and other modes of cognitive-behavior therapy. In A. Ellis & J. M. Whiteley (Eds.), *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy* (pp. 101–173). Monterey, CA: Brooks/Cole.

Ellis, A. (1980a). Discomfort anxiety: A new cognitive-behavioral construct. Part 2. *Rational Living*, 15(1), 25–30.

Ellis, A. (1981). The use of rational humorous songs in psychotherapy. *Voices*, 16(4), 29–36.

Ellis, A. (1983). *The case against religiosity*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.

Ellis, A. (1984a). Rational-emotive therapy. In R. J. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies* (pp. 197–238). Itasca, IL: Peacock.

Ellis, A. (1984b). Foreword to W. Dryden, *Rational-emotive therapy: Fundamentals and innovations* (pp. vii–xxvi). London: Croom Helm.

Ellis, A. (1984c). Is the unified-interaction approach to cognitive-behavioral modification a reinvention of the wheel? *Clinical Psychology Review*, 4, 215–218.

Ellis, A. (1984d). Maintenance and generalization in rational-emotive therapy (RET). *Cognitive Behaviorist*, 6(1), 2–4. Rev. Ed.: *How to use RET to maintain and enhance your therapeutic gains*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.

Ellis, A. (1984e). Use of personal computers in rational-emotive therapy. In R. A. Wakefield (Ed.), *The home computer, families, and the mental health professions* (pp. 18–20). Washington, DC: American Family, Inc.

Ellis, A. (1985a). *Overcoming resistance: Rational-Emotive Therapy with difficult clients*. New York: Springer.

Ellis, A. (1985b). Intellectual fascism. *Journal of the Institute for the New Man*, 1(1), 39–54. Reprinted: New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.

Ellis, A. (1985c). A rational-emotive approach to acceptance and its relationship to EAP's. In S. H. Klarreich, J. L. Franek, & C. E. Moore (Eds.), *The human resources management handbook* (pp. 325–330). New York: Praeger.

Ellis, A. (1985d). Two forms of humanistic psychology: Rational-emotive therapy vs. transpersonal psychology. *Free Inquiry*, 15(4), 14–21.

Ellis, A. (1985e). Expanding the ABC's of RET. In M. J. Mahoney & A. Freeman (Eds.), *Cognition and psychotherapy* (pp. 313–323). New York: Plenum.

Ellis, A. (in press-a). Fanaticism that may lead to a nuclear holocaust: The contributions of scientific counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling and Development*.

Ellis, A. (in press-b). The use of rational humorous songs in psychotherapy. In W. A. Salemeh & W. F. Fry (Eds.), *Handbook of humor and psychotherapy*. San Diego: Professional Resource Exchange.

Ellis, A., & Abrahms, E. (1978). *Brief psychotherapy in medical and health practice*. New York: Springer.

Ellis, A., & Abrahms, E. (Speakers). (1980). *RET and crisis intervention* (Cassette Recording). New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.

Ellis, A., & Becker, A. (1982). *A guide to personal happiness*. North Hollywood, CA: Wilshire.

Ellis, A., & Bernard, M. E. (Eds.). (1983). *Rational-emotive approaches to the problems of childhood*. New York: Plenum.

Ellis, A., & Bernard, M. E. (Eds.). (1985). *Clinical applications of rational-emotive therapy*. New York: Plenum.

Ellis, A., & Dryden, W. (in press). *The practice of rational-emotive therapy (RET)*. New York: Springer.

- Ellis, A., & Grieger, R. (Eds.). (1977). *Handbook of rational-emotive therapy*. Vol. 1. New York: Springer.
- Ellis, A., & Harper, R. A. (1961a). *A guide to rational living*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ellis, A., & Harper, R. A. (1961b). *A guide to successful marriage*. North Hollywood, CA: Wilshire.
- Ellis, A., & Harper, R. A. (1975). *A new guide to rational living*. North Hollywood, CA: Wilshire.
- Ellis, A., & Knaus, W. (1977). *Overcoming procrastination*. New York: New American Library.
- Ellis, A., & Whiteley, J. M. (Eds.). (1979). *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Emmelkamp, P. M. G., Kuipers, A. C. M. & Eggeraat, J. B. (1978). Cognitive modification versus prolonged exposure in vivo: A comparison with agoraphobics as subjects. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 33—41.
- Epictetus. (1890). *The works of Epictetus*. Boston: Little, Brown.
- Frankel, C. (1973). The nature and sources of irrationalism. *Science*, 180, 927—931.
- Frazer, G. (1959). *The new golden bough*. New York: Braziller.
- Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35, 991—999.
- Goulding, M. M., & Goulding, R. L. (1979). *Changing lives through redecision therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Hauck, P. A. (1973). *Overcoming depression*. Philadelphia: Westminster.
- Hauck, P. A. (1974). *Overcoming frustration and anger*. Philadelphia: Westminster.
- Hoffer, E. (1951). *The true believer*. New York: Harper.
- Horney, K (1945). *Our inner conflicts*. New York: Norton.
- Institute for Rational-Emotive Therapy (1985). *September 1985-March 1986 catalogue*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Kahneman, D. & Tversky, A. (1973). On the psychology of prediction. *Psychological Bulletin*, 80, 237—250.
- Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs*. 2 vols. New York: Norton.
- Kendall, P., & Hollon, J. (Eds.). (1979). *Cognitive-behavior interventions*. New York: Academic Press.
- Knaus, W. (1974). *Rational-emotive education*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Korzybski, A. (1933). *Science and sanity*. San Francisco: Institute for General Semantics.
- Kraft, T. (1969). Psychoanalysis and behaviorism: A false antithesis. *American Journal of Psychotherapy*, 23, 482—487.
- Lazarus, A. A. (1981). *The practice of multimodal therapy*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Levi-Strauss, C. (1970). *Savage mind*. Chicago: University of Chicago Press.
- Mahoney, M. J. (1985). Psychotherapy and human change processes. In M. J. Mahoney & A. Freeman (Eds.), *Cognition and Psychotherapy* (pp. 3—48). New York: Plenum.
- Marcus Aurelius. (1890). *Meditations*. Boston: Little, Brown.
- Maslow, A. H. (1962). *Toward a psychology of being*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Maultsby, M. C., Jr. (1984). *Rational behavior therapy*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Maultsby, M. C., Jr. (1971a). *Handbook of rational self counseling*. Lexington, KY: Rational Self Help Books.
- Maultsby, M. C., Jr. (1971b). Systematic written homework in psychotherapy. *Psychotherapy*, 8, 195–198.
- Maultsby, M. C., Jr., & Ellis, A. (1974). *Technique for using rational emotive imagery*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- McGovern, T. E., & Silverman, M. S. (1984). A review of outcome studies of rational-emotive therapy from 1977 to 1982. *Journal of Rational-Emotive Therapy*, 2(1), 7–18.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification*. New York: Plenum.
- Meichenbaum, D., & Jaremko, J. B. (Eds.). (1983). *Stress reduction and prevention*. New York: Plenum.
- Miller, R. C., & Berman, J. S. (1983). The efficacy of cognitive behavior therapies: A quantitative review of the research evidence. *Psychological Bulletin*, 94, 39–53.
- Pitkin, W. B. (1932). *A short introduction to the history of human stupidity*. New York: Simon and Schuster.
- Popper, K. (1972). *Objective knowledge*. London: Oxford University Press.
- Powell, J. (1976). *Fully human, fully alive*. Niles, IL: Argus.
- Rachleff, O. (1973). *The occult conceit*. New York: Bell.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Russell, B. (1950). *The conquest of happiness*. New York: Pocket Books.
- Sichel, J., & Ellis, A. (1984). *RET self-help form*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Tillich, P. (1953). *The courage to be*. New York: Oxford.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1981). The framing of decisions and the psychology of choice. *Science*, 211, 453–458.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1983). Extensional versus intuitive reasons: The conjunction fallacy in probability judgment. *Psychological Review*, 90, 293–315.
- Wachtel, P. (1978). *Psychoanalysis and behavior therapy*. New York: Basic Books.
- Walen, S. R., DiGiuseppe, R., & Wessler, R. L. (1980). *A practitioner's guide to rational-emotive therapy*. New York: Oxford.
- Wessler, R. L., & Ellis, A. (1980). Supervision in rational-emotive therapy. In A. K. Hess (Ed.), *Psychotherapy supervision* (pp. 181–191). New York: Wiley.
- Wessler, R. L., & Ellis, A. (1983). Supervision in counseling: Rational-emotive therapy. *Counseling Psychologist*, 11(1), 43–49.
- Wessler, R. A., & Wessler, R. L. (1980). *The principles and practice of rational-emotive therapy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

## ***Отзыв Мэри Макклюр Гулдинг***

Мне очень приятно выступать вслед за д-ром Эллисом. Надеюсь, каждый из присутствующих почерпнул для себя что-то полезное из его доклада. Мне кажется, что мы приходим к психотерапевту с надеждой осуществить три желания. Первое: мы хотим расти и делать свою жизнь более насыщенной. Второе: хотя мы в этом и не сознаемся, нам хочется, чтобы кто-то сказал нам, что мы идеальны такие, какие есть. И третье: если мы не идеальны, в этом виноваты те, с кем мы живем, или те, кто нас воспитал. Теория Эллиса стала свежим ветром в психотерапии. Уже 25 лет он объясняет нам, что *мы сами* нарушаем свое психическое равновесие, *мы сами* несем ответственность за свою судьбу, *от нас зависит*, что мы думаем, чувствуем и делаем. Я думаю, что в такой позиции — залог успеха психотерапии.

Мне было приятно узнать, что Вы пользуетесь самыми разнообразными техниками. Я очень внимательно прочла текст Вашего выступления, мне понравился Ваш размах, но главным для меня все же было Ваше утверждение о том, что мы несем ответственность за происходящее с нами. Мне кажется, что двадцать пять лет назад Ваш голос звучал как глас вопиющего в пустыне; но чем дальше, тем больше психотерапевтов начинают поддерживать Вас. Все шире распространяется точка зрения, что мы должны не только любить клиентов и заботиться о них — потому что так мы поощряем в них патологию, а значит, задаром получаем деньги. Я как-то сказала, что психотерапевт может быть “возлюбленной по найму”, а может — “вечно любящими мамой и папой по найму”. Первое я считаю гораздо более предпочтительным. Мне нравится краткость вашей терапии, и больше мне нечего сказать. Теперь мне хотелось бы послушать сидящих в аудитории. Напоследок скажу, что мне очень приятно, что Ваши базовые убеждения получают все более широкое распространение среди самых разных психотерапевтических школ.

## **Вопросы и ответы**

**Вопрос:** Я чувствую себя здесь, как рыба в воде, поскольку я уже давно хорошо знаком с работами д-ра Эллиса. Я часто говорю себе: “Да, так я и буду работать; это — то, что мне нужно”. С другой



стороны, в течение последних нескольких дней на меня большое впечатление произвели и другие работы: скажем, диагностический подход Мастерсона к пограничным состояниям и нарциссизму, а также то, как он проводит психотерапию. Поэтому я думаю: “Ну, что же, я прочту все книги Мастерсона и, может быть, откажусь от когнитивизма”. Потом я слушаю Витакера или эриксо尼анцев... Если бы Вы сегодня были студентом, на основании чего Вы принимали бы решение о том, какому виду психотерапии отдать предпочтение? Какое решение Вы бы приняли? На каком основании Вы отказались бы от использования других подходов?

**Эллис:** Я отвечу так: самым лучшим (и наиболее научным) способом найти ответ на этот вопрос является экспериментирование. Большинство решений принимается в результате эксперимента. Вы берете все, что лично вам кажется самым лучшим, и используете это в работе со своими клиентами. В процессе работы Вы начинаете лучше разбираться в том, что делаете, а потом при помощи экспериментов и наблюдений решаете, что лучше всего помогает клиентам. В результате Вы или откажетесь от всех использовавшихся Вами техник и придумаете свою собственную, или выберете для себя одну из тех, с которыми работали. Но все должно пройти проверку практикой. Нет однозначного ответа на вопрос, с чем работать и что лучше всего подойдет Вам и Вашим клиентам. Поэтому я повторяю: эксперимент, эксперимент и еще раз эксперимент.

**Вопрос:** Д-р Эллис, Вы упомянули о том, что около 20 лет назад Вами был составлен длинный список иррациональных убеждений, мыслей и т.д. Затем Вы сказали, что к настоящему времени в нем осталось всего лишь три пункта. Мне хотелось бы знать, что именно осталось?

**Эллис:** Сначала я включил эти три убеждения в черновик моего доклада, но потом побоялся, что на них не хватит времени, и не стал говорить о них. Позвольте мне это сделать сейчас. 12 убеждений были перечислены в моем первом докладе по РЭТ, сделанном на конференции Американской психологической ассоциации. Затем к этому списку я добавил еще одно убеждение. Другие психотерапевты добавили свои. Но мне казалось, что все, что было добавлено к первым двенадцати, на самом деле было лишь вариаци-

циями на их темы. Продолжая разрабатывать РЭТ, я, к своему удивлению, обнаружил, что в действительности иррациональных убеждений всего три. Все остальные являются как бы их подпунктами. Вот какие три убеждения в итоге остались:

“Я *должен* добиваться успеха и получать одобрение значимых других, а если я не делаю того, что *должен* и *обязан*, значит, со мной что-то не в порядке. Это ужасно, и я ничтожество”. Это иррациональное убеждение ведет к тому, что человек впадает в депрессию, испытывает тревогу и отчаяние, сомневается в самом себе. Это *требование* Эго. “Я *должен* добиваться успеха, иначе я — ничтожество”.

Второе иррациональное убеждение таково: “Вы — люди, с которыми я общаюсь, мои родители, моя семья, мои родственники и сотрудники — *должны*, *обязаны* относиться ко мне хорошо и быть справедливыми! Просто *ужасно*, что вы этого не делаете — гореть вам за это в адском огне!” Отсюда озлобленность, ярость, убийства, геноцид.

И, наконец, третье иррациональное убеждение: “Условия, в которых я живу — окружающая среда, общественные отношения, политическая обстановка, — *должны* быть устроены так, чтобы я с легкостью, не прилагая больших усилий, получал все, что мне необходимо. Разве не кошмар, что эти условия трудны и причиняют мне огорчения? Я не могу переносить этого! Я *никак* не могу быть счастливым; я или навсегда останусь несчастным, или убью себя!” Отсюда низкая устойчивость к фрустрации.

Из этих трех основных требований (именно требований, а не предпочтений) вытекают остальные 10 или 20. Я много общаюсь с невротиками. (На сегодняшний день у меня около 300 клиентов, с которыми я работаю индивидуально, плюс 5 терапевтических групп. Кроме того, по пятницам я провожу семинары, а в дополнение к ним — демонстрации своего метода по всему миру. Поэтому у меня, может быть, клиентов больше, чем у кого бы то ни было в мире.) Каждый раз, когда ко мне приходит клиент, страдающий депрессией или неврозом навязчивости, я могу в течение нескольких минут при помощи РЭТ обнаружить у него одно, два или все три основных требования: “Я *должен* добиваться успеха; вы *должны* хорошо ко мне относиться; жизнь *должна* быть легкой”. После этого я демонстрирую наличие этих требований клиенту и показываю ему, как от них избавиться. Да, существует множество вариаций на основную тему, но все они в конечном

итоге сводятся к тому, что я называю “*обязуем*, абсолютистским мышлением и догматизмом”. Считаю, что именно они лежат в корне нарушений.

**Вопрос:** Д-р Эллис, Вы упомянули о применении РЭТ в образовательных целях. Не могли бы Вы рассказать, как именно используется РЭТ, например, в старших классах средней школы или как Вы видите ее возможное использование в школе?

**Эллис:** В течение пяти лет мы проводили эксперимент: РЭТ преподавалась ученикам младших классов, но преподавалась она не психотерапевтами, а учителями. Психотерапевты лишь направляли работу учителей, и я, к своему удивлению, обнаружил, что Пиаже был прав, а я ошибался. Дети младше восьми лет могли учиться РЭТ, им можно было объяснить, что не активизирующие события расстраивали их, а они сами себя расстраивали. Они понимали разницу между рациональными и иррациональными убеждениями. Но они не использовали РЭТ. У них низкая устойчивость к фрустрации и, как сказал бы Пиаже, у них еще не развита способность к суждению.

Но мы обнаружили, что дети старше восьми лет вполне могли применять РЭТ. В результате наших экспериментов мы опубликовали книгу, даже несколько книг, по рационально-эмотивному обучению (Knaus, 1974). Томас Бингам (Bingham, 1982), работающий в Калифорнии, составил программу обучения РЭТ учеников, начиная с 4-го класса.

Бингам провел много исследований (результаты некоторых из них еще не опубликованы), показывающих, что там, где учителя преподают РЭТ по его программе, у детей улучшаются самочувствие и поведение, да и родители бывают довольны. Проведено уже около десяти полномасштабных исследований результатов преподавания РЭТ в школе — начиная с младших классов и кончая колледжем. По сравнению с контрольной группой дети, которые обучаются РЭТ посредством ознакомления с печатными материалами (а не при общении с психотерапевтом), существенно продвигаются вперед. Так что есть много экспериментально полученных свидетельств того, что РЭТ может успешно использоваться в системе образования. Особенно большие надежды мы возлагаем на распространение материалов РЭТ на видео- и аудиокассетах и лазерных дисках — это позволит сделать ее более доступной широкой публике.

**Вопрос:** Не могли бы Вы привести примеры упражнения по борьбе с чувством стыда и иррациональной песенки?

**Элис:** Стыд — одна из главных составляющих эмоциональных нарушений. Многие люди чувствуют себя ничтожеством, если делают что-то неправильное или глупое при свидетелях. Вы говорите: “Мне стыдно”, — но подразумеваете: “Я себе не нравлюсь”. Упражнение по борьбе с чувством стыда делается на публике. Вы делаете что-то, что считаете стыдным, за исключением двух вещей: 1) вы не причиняете вреда окружающим (скажем, не бьете никого); 2) не делаете ничего такого, что может привести к неприятностям (например, к аресту). К примеру, можно было бы пройтись голым по городской улице, но полиции это вряд ли бы понравилось. Поэтому делать это я вам не советую. Упражнение следует повторять до тех пор, пока чувство стыда не исчезнет.

Приведу примеры таких упражнений. Чудесным воскресным днем — точь в точь, как сегодня — вы выходите на прогулку, ведя на поводке банан, и время от времени предлагаете ему съесть кусочек другого банана. Или же солнечным днем вы выходите из дому в плаще и с черным зонтом над головой. Или такое, очень простое в исполнении упражнение: вы входите в какое-нибудь присутственное место или просто останавливаете прохожих на улице, спрашивая: “Я только что вышел из сумасшедшего дома — Вы не подскажете, какой сейчас месяц?” Или пример, который я приводил несколько дней назад — очень известный. Вы заходите в аптеку, когда в ней много покупателей, и громко обращаетесь к провизору (желательно, чтобы это была женщина): “Я хочу купить оптовую партию презервативов со скидкой, поскольку я использую их в таких больших количествах”. Еще можно идти по улице, во весь голос распевая одну из наших рационально-эмотивных песенок, или все, что вам угодно.

Можно придумать огромное количество упражнений. Важно, чтобы вы делали что-то, что действительно считаете стыдным. Бесполезно для борьбы со стыдом делать что-то, что вам нравится или что вас нисколько не смущает.

Можно в качестве упражнения использовать и реальную жизненную ситуацию. Одна женщина из психотерапевтической группы работала в очень известной юридической фирме и стеснялась прийти на работу в брюках. При этом она спокойно носила брюки у себя в саду или встречаясь с друзьями. Ее упражнение заключалось в

том, чтобы в ближайший понедельник пойти на работу в брюках. Сначала она очень стыдилась своего вида, но, появившись в офисе в брюках несколько раз, перестала испытывать смущение. После этого она стала часто надевать брюки на работу — ведь ей давно этого хотелось. Итак, для упражнения можно выбрать что-то вполне практическое, что вам давно хотелось сделать, но чего вы не делали, потому что вам было стыдно.

Вы сказали, что хотели бы услышать одну из моих веселых рациональных песенок. Ну, что ж, сейчас спою. Эти песенки придуманы для того, чтобы показать людям, насколько нелепы их иррациональные убеждения. Слышу, что кто-то просит спеть “капризную песенку”. Ладно, спою — это одна из самых известных и любимых публикой наших песен. Мелодию мы взяли из студенческой песни Йельского Университета. Музыка была написана выпускником Гарварда в 1896 году. Вот какие слова положили мы на нее:

Мои желанья исполняй,  
Ай, ай, ай!  
Мне обид не причиняй,  
Ай, ай, ай!  
Если что-то вдруг не так —  
Это просто полный крах!  
Я тогда рассыплюсь в прах,  
Ах, ах, ах!

Все, кто хочет получить наш песенник, посылайте заявки по адресу: Institute for Rational-Emotive Therapy, 45 East 65<sup>th</sup> Street, N.Y. N.Y., и мы с удовольствием пришлем вам не только песенник, но и наш последний каталог материалов по РЭТ.

**М. Гулдинг:** Можно сделать комментарий? Эти песенки великолепны. Они заставили меня полюбить Вас, д-р Эллис. Когда я училась во втором классе, учительница пения сказала мне, чтобы я, когда все поют, просто беззвучно шевелила губами, потому что я так фальшивила, что всех сбивала. До этого я ни о чем таком не подозревала, и эта новость привела меня в ужас. Я снова начала петь, когда мой маленький сын, придя из детского сада, сказал: “Мама, ты знаешь все песни, но неправильно их поешь. Давай, я научу тебя”. Затем я услышала Ваше пение, растиражированное на тысячах кассет. Вы, ясное дело, не оперный певец. Вы просто поете и не стыдитесь этого. И я подумала: “Вот это да! Вот это человек!”

**Вопрос:** Д-р Эллис, я считаю, что низкая самооценка играет очень важную роль в формировании нарушений. Не могли бы вы еще раз сказать, какова ваша концепция самооценки?

**Эллис:** Да, наша концепция отличается от концепции Натаниеля Брандена и большинства других людей, которые неверно, по нашему мнению, утверждают, что человек, высоко оценивающий себя, относится к себе с уважением и является психически здоровым, а человек, ненавидящий себя, болен. Последнее действительно верно, но мы считаем, что и в высокой самооценке нет ничего хорошего. Мы согласны с Карлом Роджерсом, который, считает важным “безусловно положительное отношение”.

Сторонникам РЭТ вообще не нравится слово “оценка”, поскольку мы считаем, что люди не могут оценивать самих себя. Оценивать любое качество, любое поведение, любое действие можно только в свете ваших целей. Если вы хотите без опасности для своей жизни перейти дорогу, вам следует посмотреть налево и направо и убедиться, что машины не находятся от вас в опасной близости. Если вы хотите, чтобы вас задавила машина, то правильнее будет вообще не смотреть по сторонам. Какая бы цель перед вами ни стояла, если вы планомерно движетесь к ней и в конечном итоге достигаете ее, значит, вы вели себя правильно; если же вы действуете во вред себе, своим целям и интересам и, как сказал Альфред Адлер, противоречите интересам своей социальной группы (что, в конце концов, прямым или косвенным образом отразится и на вас) значит, вы ведете себя неправильно. Но нельзя сказать, что я хороший человек потому, что я правильно себя веду. А именно это на самом деле и говорит Натаниель Бранден: “Я компетентен, я знаю, что делаю, я веду себя правильно, значит, я в порядке”. Потому что тогда, если вы окажетесь некомпетентным (а это непременно когда-нибудь произойдет — ведь нет людей непогрешимых), когда вы что-то сделаете плохо или совершите неэтичный поступок, вы снова превратитесь в ничтожество. Своим клиентам я в качестве иллюстрации привожу историю жизни Томаса Игена, который в 28-летнем возрасте написал роман “Мистер Робертс”. Его книга очень хорошо продавалась. По ней поставили фильм, в котором играл Генри Фонда. Автор получил гонорар, исчислявшийся миллионами, и покончил с собой. То же самое сделал другой автор романов — Росс Рокридж. Малькольм

Лаури довел себя до смерти чрезмерным потреблением алкоголя. Все эти люди боялись, что не смогут повторить свой успех.

Поэтому, даже когда вы говорите себе: “...значит, я в порядке”, — вы подразумеваете, что должны продолжать добиваться успеха. Как заметил Эрик Берн, говоря, что вы в порядке, вы предполагаете, что не в порядке другие. Вы не сможете по-настоящему принять себя до тех пор, пока не займете позицию “Я в порядке; ты в порядке”, которая радикально отличается от предыдущей. В РЭТ мы говорим: “Все люди в порядке просто потому, что они живут на свете и потому, что они — люди”. Но с философской точки зрения это всего лишь допущение, которое очень трудно доказать. Однако на практике оно работает. И все же мы считаем, что еще лучше такое философское решение: никто ни “в порядке”, ни “не в порядке”. Люди могут оценивать свои поступки и дела ради собственного *удовольствия* — не ради *оправдания*, а именно ради *удовольствия*. А себя, свою сущность лучше не оценивать вообще. Пусть человек оценивает только свои поступки и дела — это мы называем принятием себя.

Это почти то же самое, что “Я в порядке; ты в порядке” Эрика Берна, и безусловно положительное отношение Карла Роджерса. Но мы считаем, что безусловному принятию следует учить, поскольку людям очень трудно отказаться от оценивания себя. Я уверен, что люди весьма склонны перескакивать от утверждения: “Я хорошо поступил” — к утверждению: “Я хороший человек” — или же говорить себе: “Я плохо поступил, следовательно, я плохой человек”. Поэтому-то их полезно учить стараться не оценивать себя вообще, давая оценку только тому, что они делают. Человек может с полным правом оценить свое умение жить и сказать себе: “Я умею жить, потому что я живу и радуюсь жизни; а если бы я совсем не мог быть счастливым (а это случается очень-очень редко), тогда жизнь не была бы хороша. Но я — это *не только* мои качества; я — это я, это цельная личность со всеми ее свойствами, поступками и делами, и все они могут меняться. Поэтому мне лучше оценивать только свои *поступки*, а не *себя в целом*. Принятие себя означает, что я живу, что я хочу продолжать жить и что я получаю удовольствие от того, что живу. Теперь посмотрим, как у меня это получится”. В РЭТ “Я” или *личность* вообще не оцениваются — оценка дается только поведению человека.

**Вопрос:** Я хотел бы обратиться к Мэри Гулдинг. В своей работе я использовал как РЭТ, так и транзактный анализ (ТА), и обнару-

жил, что они во многом схожи между собой. Не могли бы Вы рассказать о различиях между ними или о различиях в их применении?

**М. Гулдинг:** Я считаю, что основные предпосылки этих двух подходов схожи. Я не училась у Эллиса, поэтому не знаю всех техник, которыми он пользуется. Мне кажется, что вы постоянно расширяете спектр применяемых Вами методов, но не углубляетесь в прошлое для того, чтобы помочь людям найти истоки иррациональных убеждений и отказаться от них. Мы же для этого пользуемся вообразаемыми путешествиями назад во времени.

**Эллис:** Я читал книгу Мэри и Боба Гулдингов и могу только сказать, что, как мне кажется, они применяют ТА и другие техники в весьма похожей на РЭТ манере. Но то, что они делают — это не ТА в чистом виде, поскольку ТА много внимания уделяет существующим в вас ребенку, родителю и взрослому и предполагает (хотя и не говорит об этом открыто), что вы получаете от родителей предписания, в соответствии с которыми и строите свою жизнь. Мы тоже говорим, что некоторые стандарты вам задают родители, но вы искажаете их содержание при помощи требований, которые создаете сами. За эти требования несете ответственность только вы. Вы не только, начиная с самого детства, говорите себе, как лучше себя вести, чтобы доставить удовольствие родителям и всем окружающим, вы еще и говорите себе, что *должны* это делать. Поэтому РЭТ считает, в большей степени, чем допускал это Эрик Берн, что у людей есть внутренняя тенденция мыслить по-детски и создавать свои собственные вредные предписания. Но то, что делают Гулдинги, очень напоминает РЭТ.

**М. Гулдинг:** Мы с Эриком и расстались-то из-за того, что он говорил, что родители вживляют вам электроды и, если родители сказали, что в 22 года вам может понадобиться психотерапевт, вы придете к психотерапевту именно в этом возрасте. Мы считаем, что люди принимают свои собственные решения на основании того, что происходило с ними в детстве.

**Вопрос:** Не считаете ли Вы, д-р Эллис, что концепция принятия себя очень похожа на теологическую точку зрения? Говоря о теологической точке зрения, я имею в виду концепцию поклонения — каждый человек создан по образу и подобию Божьему, по-



этому каждому следует поклоняться, таким образом выражая свою солидарность со всеми людьми.

**Элис:** Хорошо, что вы упомянули поклонение. Этим понятием я обычно не пользуюсь, но я часто говорю о милости, и я не одинок в этом — скажем, то же самое делает Джон Пауэлл (Powell, 1976). Он священник-иезуит. Его книга — это РЭТ чистейшей воды, и он сам согласен с этим. Есть и другие священники и раввины — имеющие и не имеющие отношения к психотерапии, — которые принимают РЭТ.

Отец Пауэлл говорит, так же, как и я говорю в течение многих лет, что концепция принятия себя равнозначна концепции милости. В христианской религии, да и в некоторых других, считается, что вам дарована милость Божия независимо от того, что вы делаете. Не забывайте, что в Библии сказано: “Принимай грешника, но не его грех”, — это то же самое, что говорим мы. Милость означает, что, если вы принимаете христианское учение, если вы принимаете Иисуса, в ответ вы получаете то, что Вы сейчас назвали поклонением, вы всегда сможете принять самого себя, даже когда делаете что-то не так.

В РЭТ мы считаем, что это возможно и без христианской религии. Это возможно просто потому, что это возможно. В рамках религии на вас снисходит милость потому, что вы верите в Бога. Однако и нехристианин может быть милостивым по отношению к самому себе. В целом концепция одна и та же — вы делаете выбор в пользу милостивого отношения. Вы говорите себе: “Я живу, и поэтому принимаю себя”, — такова наша концепция, и она пересекается с концепциями некоторых других групп.

**Вопрос:** Мне довелось наблюдать за использованием РЭТ как в больницах, так и на групповых занятиях, и я заметил, что для одних людей гораздо легче понять РЭТ и принять на себя ответственность за происходящее, чем для других. Проводились ли какие-либо исследования корреляции между локусом контроля и способностью людей понимать и использовать РЭТ?

**Элис:** Да, таких исследований проведено сотни, и они чаще всего подтверждают положения РЭТ. Некоторые представители направления, опирающегося в своей работе на локус контроля (родоначальником этого движения в психотерапии стал Джулиан

Роттер), проводят терапию, которую можно было бы назвать “терапией локуса контроля”. В исследованиях депрессии и тревожности было обнаружено, что у человека, принявшего на себя ответственность за возникновение нарушения (то есть переместившего локус контроля извне вовнутрь), шансы измениться сразу же возрастают. Потому что, если локус контроля находится во внешнем мире — значит, надо менять мир. Если же локус контроля внутри вас — значит, меняться надо самому, а это всегда возможно, до определенной степени. Я все время говорю об этом людям. Вы можете перестать верить чему угодно, потому что вера-то ваша собственная и находится внутри вас. И еще потому, что вы знаете: ваши убеждения порождают ваши чувства.

РЭТ, так же, как и когнитивная терапия Бека и другие виды когнитивно-бихевиоральной терапии, занимается по существу тем, что говорит людям: вы можете контролировать больше, чем вы думаете; вы становитесь беспомощными только потому, что вам кажется, что вы не можете контролировать обстоятельства, — но это не так. Для того, чтобы добиться успеха в использовании РЭТ, человеку сначала надо изменить свой локус контроля. После этого РЭТ начнет приносить свои плоды.

**Вопрос:** Д-р Эллис, Вы упомянули идеи Пиаже о развитии психических функций в детском возрасте. Мне хотелось бы, чтобы Вы развили тему детской психотерапии. В течение последних 10—15 лет такие ученые, как Кендалл и Холлон (Kendall & Hollon, 1979), а также Мейхенбаум (Meichenbaum, 1977) проводили эксперименты, пытались научить детей и подростков думать прежде, чем действовать. Мне кажется, РЭТ считает важным здоровое мышление. Как, по-Вашему, можно научить “трудного”, импульсивного, асоциально настроенного ребенка или подростка думать прежде, чем действовать?

**Эллис:** Во-первых, должен сказать, что у нас на эту тему вышло три книги: в первых двух из них редакторами были я и Майкл Бернارد (Ellis & Bernard, 1983, 1985), а третья была написана Майклом Бернардом и Мэри Джойс (Bernard & Joyce, 1984). В этих книгах показано, как применяется детский вариант РЭТ. В книге, вышедшей в 1985 году, приведено множество примеров использования РЭТ разными психотерапевтами при работе с детьми. Бернارد и Джойс также работали с детьми и подростками.

Описанные техники пересекаются с тем, что делают Мейхенбаум, Кендалл и Холлон. Они излагают концепции РЭТ простым языком и драматизируют их. Они показывают, как можно представлять РЭТ в виде коротких историй и пьес. И еще мы учим детей, так же, как и Том Бингам на своих занятиях, рациональным утверждениям. Бингам на каждом уроке уделяет внимание одному такому утверждению. Самое первое из них таково: “Ошибка — это нормально, но попытайся ее исправить”.

Мы бы немного изменили это утверждение. Потому что на самом деле ошибка — это ненормально. Мы сказали бы так: “Ошибка — это плохо, но не смертельно; попытайся ее исправить”. Вместо того, чтобы восьми- — девятилетним детям учить научному методу мышления, мы обучаем их тому, что Мейхенбаум называет “самоинструкциями”, Ричард Лазарус — “помогающими утверждениями”, а мы — “рациональными убеждениями” или “рациональными утверждениями”. Мы делаем это постоянно. Кроме этого, мы используем бихевиоральные и эмотивные упражнения и стараемся помочь детям усвоить рациональную философию жизни применительно к тому, что значимо в детстве.

**Вопрос:** Бек проводит различие между автоматическими мыслями и когнитивными схемами, предположительно лежащими в основе автоматических мыслей. Адлер различает личную логику и стиль жизни — это напоминает мне выделяемые Вами основные философские требования. Мой вопрос таков: считаете ли Вы их бессознательными (или, как сказали бы адлерианцы, неосознаваемыми) и как Вы с ними боретесь?

**Эллис:** Это очень хороший вопрос. Кстати, его я тоже осветил в черновике своего выступления. Мы считаем, что внутренняя философия человека большую часть времени находится вне сознания. Лишь некоторым особо одаренным людям удастся ее “раскопать”. Они знают о наличии у себя, например, такого принципа: “Да, быть отвергнутым ужасно. Вы *не должны* отвергнуть меня, меня все и всегда *должны* принимать”. Большинство же людей просто решит, что это ужасно и что они не могут этого вынести, потому что, как сказал бы Фрейд, в предсознании у них (а не в подсознании, не там, где хранится вытесненное) есть эта философия.

Итак, мы считаем, что чаще всего люди не осознают своих автоматических мыслей и бессознательных процессов, вызывающих

нарушения. А они ведь находятся у самого порога сознания: требуются считанные минуты, чтобы добраться до внутренних *требований*. Человек, которому эти требования продемонстрированы, почти всегда сразу же соглашается с тем, что это правда, они у него есть. Обычно мы их показываем клиенту сразу и непосредственно вслед за этим переходим к оспариванию. Большинство базовых философий, ведущих к нарушениям, являются полусознательными, а не глубоко вытесненными. РЭТ специализируется в их быстром обнаружении, исследовании и оспаривании — а также в оспаривании неверных восприятий и нереалистичных выводов, которые обычно делаются на основании явных или неявных догматических *требований*.

## Альберт Эллис

# ПЕРЕСМОТР ОСНОВ РАЦИОНАЛЬНО-ЭМОТИВНОЙ ТЕРАПИИ (РЭТ)

*Автор излагает принципы рационально-эмотивной терапии с учетом современных изменений и дополнений. Альберт Эллис показывает, как убеждения и активизирующие события участвуют в формировании эмоциональных и поведенческих реакций (последствий) и как эти три элемента, переплетаясь, влияют друг на друга. Каждый из этих элементов имеет когнитивную, эмоциональную и бихевиоральную стороны. В своем докладе Эллис также коснется практического применения своей концепции в психотерапии.*

Формулируя основы рационально-эмотивной и когнитивно-бихевиоральной терапии (РЭТ и КБТ), я полностью отдавал себе отчет в том, сколь сложны познавательные процессы, эмоции и поведение, и в том, что они всегда переплетаются друг с другом и взаимодействуют между собой. Поэтому в своей первой работе по РЭТ, представленной на суд Американской психологической конференции в Чикаго в августе 1956 г., я писал: “Мышление... является, причем с необходимостью является, сенсорным, моторным и эмоциональным поведением... Эмоции так же, как мышление и сенсомоторные процессы, можно определить как чрезвычайно сложное состояние человеческих реакций, внутренне взаимосвязанное со всеми остальными перцептивными и реактивными процессами. Они не одно и то же, а скорее — комбинация и целостная интеграция нескольких, на первый взгляд, очень разных, а на самом деле находящихся в близком родстве феноменов” (Ellis, 1958, p. 35).

Во время первой презентации РЭТ я также цитировал работу 1953 года, подготовленную мною к конференции в Университете Миннесоты по научным основам и концепциям психологии и психоанализа (Ellis, 1956). Модифицируя некоторые идеи этой работы,

я говорил: “Большую часть того, что мы называем эмоциями, можно другими словами назвать просто-напросто мышлением — предубежденным и сильно кренищимся в сторону оценочности мышлением ... Мышление и эмоции настолько сильно взаимосвязаны, что обычно идут рука об руку, являясь взаимоопределяющими, и иногда (хотя и не во всех случаях) становятся, по существу, одним и тем же — мысль превращается в эмоцию, а эмоция — в мысль” (Ellis, 1958, р. 36).

Как видно из этих цитат, рационально-эмотивной терапии присущ комплексный, интерактивный и холистический взгляд на основы человеческой личности и ее нарушений. Коротко говоря, РЭТ, следуя некоторым древним философам, в частности, Эпиктету и Марку Аврелию, а также теории “стимул — организм — реакция” (S-O-R) Роберта Вудворта, полагает: что Активизирующие События (**A** — Activating Events), происходящие в жизни человека, вносят свой вклад в формирование эмоциональных и поведенческих нарушений, или Следствий (**C** — Consequences), в основном через наши Убеждения (**B** — Beliefs) относительно этих событий. Формулируя эту теорию в 1955 году, я не знал о том, что Джордж Келли (Kelly, 1955) несколько ранее уже создал похожую теорию личностных конструкторов. Вслед за публикациями наших работ и под влиянием моих активно-директивных методов когнитивно-эмотивно-бихевиоральной терапии, которые я использовал для изменения Системы Убеждений (**B**) клиентов и последующего излечения невротических Следствий (**C**), многие психотерапевты занялись разработкой когнитивно-бихевиоральных систем в свете рационально-эмотивной теории эмоциональных нарушений. Среди этих ученых были Бек (Beck, 1967), Глассер (Glasser, 1965), Голдфрид и Дэвисон (Goldfried & Davison, 1976), Лазарус (Lazarus, 1971), Махони (Mahoney, 1977), Молтсби (Maultsby, 1984), Мейхенбаум (Meichenbaum, 1977), Рэйми (Raimy, 1975), Селигман (Seligman, 1991), Весслер и Ханкин-Весслер (Wessler & Hankin-Wessler, 1986).

Используя теорию **АВС**, когнитивно-бихевиоральной терапии удалось, начиная с 70-х годов, существенно продвинуться вперед и стать одним из самых популярных видов психологического воздействия. Сотни исследований, проведенных с клиентами, которые подвергались воздействию разных видов психотерапии, показывают, что РЭТ и КБТ являются более эффективными, чем другие психотерапевтические методы (Beck & Emery, 1985; Beck, Rush,

Shaw, & Emery, 1979; DiGiuseppe, Miller, & Trexler, 1979; Engels & Diekstra, 1986; Haaga & Davison, 1989; Jorm, 1987; Lyons & Woods, 1991; McGovern & Silverman, 1984; Miller & Berman, 1983). Несколько сотен дополнительных исследований также доказывают, что применение тестов на иррациональные убеждения и дисфункциональные установки, разработанных на основе теории **ABC**, позволяет провести четкое разграничение между группами людей с более или менее ярко выраженными нарушениями (Baisden, 1980; DiGiuseppe, Miller, & Trexler, 1979; Ellis, 1979a; Hollon & Bemis, 1981; Schwartz, 1982; Smith & Allred, 1986; Woods, 1987; Woods & Lyons, 1990; Woods, Silverman, Gentile, & Cunningham, 1990).

Таким образом, моя гипотеза о том, что положительно или отрицательно окрашенные мысли оказывают серьезное влияние на развитие эмоциональных и поведенческих расстройств, а также предположение, что изменение характера мышления может способствовать преодолению этих расстройств, стали основой сотен исследований и клинических разработок, подтверждающих исходную теорию и приумножающих наши знания о здоровой и нездоровой личности. С другой стороны, немало было и нападок на теорию **ABC**, в особенности со стороны радикальных бихевиористов (Ledwidge, 1978; Rachlin, 1977; Skinner, 1971); в некоторых случаях их критика оказалась для нас полезной.

Многие психотерапевты, работающие в области рационально-эмотивной и когнитивно-бихевиоральной терапии и пользующиеся в своей работе теорией личности и личностных нарушений **ABC**, внесли свои дополнения и изменения в мою исходную модель; среди этих ученых были Бек (Beck, 1976); Браун и Бек (Brown & Beck, 1989); Десильвестри (DeSilvestry, 1989); Диджузеппе (DiGiuseppe, 1986); Драйден (Dryden, 1984); Гринберг и Сафран (Greenberg & Safran, 1987); Григер (Grieger, 1985); Гуидано (Guidano, 1988); Гуидано и Лиотти (Guidano & Liotti, 1983); Лазарус (Lazarus, 1989); Махони (Mahoney, 1988); Молтсби (Maultsby, 1984); Мюран (Muran, 1991); Попер (Rorer, 1989a, 1989b); Шварц (Schwartz, 1982); Весслер (Wessler, 1984); Весслер и Весслер (Wessler and Wessler, 1980).

Побуждаемый как критикой в адрес первоначальной теории **ABC**, так и моими собственными клиническими и исследовательскими открытиями, я начал дополнять и изменять свою модель в 50-х годах и продолжаю делать это по сей день (Bernard & DiGiuseppe, 1989). К примеру, я развил теорию “Я” и теорию са-

мопринятия в рамках РЭТ (Ellis, 1962, 1969a, 1969b, 1971, 1973, 1985). Среди других дополнений — ассимиляция гуманистических и экзистенциальных элементов РЭТ (Ellis, 1962, 1972, 1973, 1976), а также эмоциональных и бихевиоральных аспектов дисфункционального мышления (Ellis, 1962, 1972, 1973, 1976). Я также особо подчеркнул жесткость и “обязумный”\* характер двенадцати исходных иррациональных убеждений и отграничил дисфункциональные умозаключения и атрибуции от глубинных догм, обычно дающих им начало (Ellis, 1977a, 1984, 1985a, 1985b, 1987a, 1987b; Ellis & Dryden, 1987, 1990b, 1991; Ellis & Harper, 1975). Я сменил свою приверженность логическому позитивизму на более гибкий критический реализм Поппера (Popper, 1985; Ellis, 1985a, 1985b, 1987a, 1987b; Ellis & Dryden, 1987, 1990, 1991).

Кроме того, я показал, как возникают вторичные симптомы расстройств — как люди превращают свои **С** в **А**, надстраивая одну эмоциональную проблему над другой. Я создал концепции тревожности дискомфорта и эго-тревожности. И еще я начал применять модель **АВС** в семейном, производственном и других видах консультирования (Ellis, 1985b; Ellis, Sichel, Yeager, DiMattia, & DiMattia, 1989).

Я целенаправленно расширил модель **АВС** и показал, что РЭТ является конструктивистской терапевтической системой, несмотря на то, что Гвидано (Guidano, 1988) и Махони (Mahoney, 1988) ошибочно относят ее к ассоцианистскому или рационалистскому лагерям (Ellis, 1989, 1990a). В моей работе “Новое в **АВС** рационально-эмотивной терапии” я отметил, что эта модель является “крайне упрощенной и опускает важные факты, относящиеся к личностным нарушениям и их лечению” (Ellis, 1985a, p. 313). Я и до сих пор не изменил свою точку зрения и, вполне возможно, когда-нибудь напишу книгу с более полным описанием модели **АВС**. Далее я представляю вашему вниманию что-то вроде эскиза этой будущей книги.

## Основные человеческие цели и ценности

Для начала позвольте ввести в описание новый символ — **G** (goals), обозначающий цели, ценности и желания, приносимые людьми в **АВС**.

---

\*“Обязумный” = “обязательно” + “безумный”. У Эллиса: “musturbatory” = “must” (должен) + “masturbatory” (мастурбационный). — Прим. переводчика.



В биологическом и социальном смысле люди — это животные, у которых есть цели. Фундаментальными Целями (**FG** — fundamental goals) обычно являются выживание, относительное отсутствие боли и разумная удовлетворенность. Первичными Целями (**PG** — primary goals) являются счастье и получение удовлетворения: 1) наедине с самим собой; 2) вместе с другими людьми; 3) вместе с избранными близкими; 4) в плане получения информации и образования; 5) в работе и финансах; 6) в отдыхе. Я согласен с Эпштейном (Epstein, 1990) в том, что основными целями, или мотивами, людей, у которых есть большие шансы выжить, являются: 1) удовольствие и избегание боли; 2) восприятие и усвоение опыта и, таким образом, поддержание стабильности и целостности систем сбора и ассимиляции информации; 3) кооперация с другими людьми; 4) наличие целостного представления о себе и оценка себя как человека компетентного, успешного и достойного любви.

К списку основных целей, составленному Эпштейном, я бы добавил следующее: 5) использование суждений, логических принципов и некоторых аспектов научной методологии; 6) успешное решение жизненных проблем и задач выживания, получения удовольствия, избавления от боли и приобретения власти над обстоятельствами; 7) приобретение нового опыта, особенно необычного и стимулирующего; 8) достижение стабильности и безопасности в работе и социальной жизни. Как отмечает Григер (Grieger, 1986), эти цели (которые также могут являться убеждениями и эмоциями) представляют собой контекст, в котором люди *воспринимают* Активизирующие События, и исходя из которого они оценивают окружающий мир.

Другими словами, похоже, что большинство людей от природы склонны считать, что мир скорее дружелюбен, чем враждебен по отношению к ним; понимать важность окружающего мира и других людей в своей жизни (сюда же относится то, что окружающему чаще приписываются характеристики предсказуемости, контролируемости и справедливости); расценивать окружающих как источник поддержки и счастья, а не беспокойства и страданий; а также считать себя и других способными, добрыми и достойными любви, а не бездарными, дурными и любви не заслуживающими (Epstein, 1990). При столкновении с реальностью, демонстрирующей, что все далеко не так безоблачно, у людей, естественно, возникает реакция фрустрации и разочарования, кроме этого, многие впадают в панику, депрессию и ярость, таким образом невротизируя себя.

В соответствии с моей теорией **АВС**, в тех случаях, когда человек соприкасается — или просто думает, что соприкасается — со стимулами, или Активизирующими Событиями (**А**), которые он интерпретирует как способствующие достижению Целей (**Г**), обычно он явно или неявно (бессознательно) выбирает для реакции адекватные Убеждения (**В**), что ведет к положительным Следствиям (**С**). То есть человек по собственному выбору (а не по принуждению) думает (**В**): “Это хорошо! Это Активизирующее Событие (**А**) мне нравится” — и вслед за этим переживает эмоциональное Следствие (**С**), выражающееся в чувствах удовольствия или счастья; при этом поведенческое Следствие (**С**) выражается в попытках повторить это Активизирующее Событие (**А**). Когда тот же самый человек сталкивается с Активизирующим Событием (**А**), которое им воспринимается как препятствующее достижению целей (**Г**), обычно он явно или неявно на стадиях **В** и **С** реагирует в манере избегания и отрицания. На стадии **В** он думает: “Это плохо! Это Активизирующее событие мне не нравится”, после чего переживает эмоциональное Следствие (**С**), выражающееся в состояниях фрустрации или несчастья; при этом поведенческим Следствием (**С**) является избегание или попытки устранить неприятное Активизирующее Событие (**А**).

Теория личности **АВС** выглядит достаточно простой и ясной; ею так или иначе пользовался Фрейд (Freud, 1920/59), назвавший ее “принципом удовольствия”, да и вообще большинство психологов. Эту теорию предпочитают и теоретики экзистенциализма и гуманистической психологии, не признающие радикально-бихевиористскую теорию обусловливания по принципу “стимул-реакция” и положительно относящиеся к модели “стимул — организм — реакция” из-за того, что в нее включено звено **В**, то есть Системы Убеждений, что оставляет простор индивидуальным различиям и свободе выбора (Heidegger, 1962).

## **Модель АВС в случае эмоциональных нарушений**

В применении к неврозам модель **АВС** рационально-эмотивной терапии становится более сложной и противоречивой. В соответствии с гипотезой, в тех случаях, когда осуществлению Целей (**Г**) мешают неблагоприятные Активизирующие События (**А**), человек, сознательно или неосознанно, выбирает здоровую (адекватную)

или нездоровую (неадекватную) реакцию, выливающуюся в негативное Следствие (**C**). Если Система Убеждений человека рациональна, в нее будут входить установки и философские принципы, помогающие достижению Целей (**G**), а рациональные Убеждения (**rB** — rational Beliefs) будут, в основном, обеспечивать здоровые эмоциональные Следствия (**C**), такие как адекватные чувства печали, сожаления или фрустрации, одновременно способствуя здоровым поведенческим Следствиям (**C**), таким как адекватные ситуации попытки изменить, исправить или отстраниться от Активизирующего События (**A**), которое мешает осуществлению целей (**G**).

Эта модель эмоционально-бихевиорального расстройства все еще достаточно проста и ей, как уже было сказано, следует большинство практиков и теоретиков РЭТ и КБТ. Она становится более противоречивой с учетом гипотезы о том, что иррациональные Убеждения (**iB** — irrational Beliefs), или Дисфункциональные Установки (**DA** — dysfunctional attitudes), составляющие ядро философских систем, способствующих появлению нарушений, обладают двумя основными характеристиками: 1) в их основе лежат явные или — чаще — скрытые требования и команды, выражающиеся в слове “должен” и в таких фразах, как: “Я должен сделать так, чтобы осуществлению моих важных Целей ничего не мешало!”; 2) производными от этих требований обычно становятся нереалистичные и сверхобобщенные умозаключения и атрибуции, например: “На пути к осуществлению Цели стоят препятствия, от которых я должен избавиться”, — следовательно: “Это ужасно (т.е. даже хуже, чем плохо)!”; “Я этого не вынесу (т.е. не переживу или никогда уже не смогу быть счастливым)!”; “Я ни на что не годен (т.е. я такой плохой, что не заслуживаю ничего хорошего)”; “У меня никогда не будет того, что я хочу; мне всегда будет доставаться то, чего мне не хочется (и сейчас, и в будущем)!”

За предъявлением модели **ABC** в РЭТ следует Оспаривание (**D** — disputing) иррациональных Убеждений (**iB**); в результате человек вырабатывает для себя Новую Эффективную Философию (**E** — Effective New Philosophy), то есть систему здоровых Убеждений. Вот примеры таких Убеждений (**B**): “Я предпочел бы преуспевать и быть любимым, но я этого не должен!” — или: “Мне бы очень хотелось, чтобы окружающие были внимательны и заботливы по отношению ко мне, но они вовсе не обязаны быть такими!” — или: “Мне бы хотелось жить в покое и довольстве, но это не является для меня необходимым!”

Оспаривание (**D** — disputing) иррациональных Убеждений (**iB**) в РЭТ производится, во-первых, когнитивным способом — при помощи специально разработанных вопросов, ставящих под сомнение необходимость того, что человек считает необходимым. К примеру: “Почему я должен добиваться успеха, каким бы желанным этот успех ни был?”, “С какой стати ты должен проявлять ко мне внимание, как бы сильно мне этого не хотелось?” Используется, кроме того, эмотивное Оспаривание. Оно может осуществляться с помощью рационально-эмотивных образов (Maultsby & Ellis, 1974), когда человек представляет себе худшую из возможных неудач, после чего чувствует себя, скажем, чрезвычайно подавленным, а затем ему предлагается заставить себя сменить чувство неадекватной подавленности на вполне адекватное чувство досады или сожаления. Кроме того, возможно поведенческое Оспаривание. Например, человек, избегающий неформального общения, заставляет себя общаться в неформальной обстановке, одновременно убеждая себя, что быть отверженным вовсе не так уж ужасно — это всего лишь неудобно.

Более конкретное применение модели АВС оказалось успешным в тысячах описанных случаев, и, как уже было сказано, ему посвящены многочисленные исследования. В большинстве из них использовалось когнитивное Оспаривание, а активные, эмотивные и поведенческие методы не применялись. Поэтому я полагаю, что при соответствующей проверке РЭТ покажет себя как еще более эффективный способ терапевтического воздействия.

Вы можете спросить: если модель АВС так хорошо работает, для чего же мне ее пересматривать, а тем более усложнять? Ответ таков: я хочу сделать это потому, что в ней опущена довольно существенная информация о человеческом мышлении, чувствах и поведении, при наличии которой мы могли бы нарисовать более подробную и точную картину отношений человека с самим собой и с другими людьми. А это, в свою очередь, помогло бы лучше понять природу личностных нарушений и определить способы их преодоления.

Поэтому позвольте мне в следующей главе добавить некоторые (хотя и далеко не все возможные) существенные детали к уже изложенной концепции. В основном я хотел бы подчеркнуть не только то, что мышление, эмоции и поведение, как я уже говорил, взаимодействуют друг с другом и что они никогда не бывают независимыми друг от друга, но и то, что элементы модели **АВС** — **А**,

**В, С и G** — находятся в постоянной взаимосвязи, и все они могут быть представлены как звенья интерактивной цепи.

## **Взаимодействие между А, В и С**

Для начала обратим внимание на **G** — цели. К этой категории я отношу ценности, стандарты, надежды и намерения, которые могут быть биологически предопределенными (например, потребность в пище), приобретенными (например, желание “съесть печеньица”) или же ставшими привычными (например, склонность к перееданию). Самые сильные и неизменные потребности включают в себя когнитивные, эмоциональные, поведенческие и физиологические элементы. Так, потребность в пище является когнитивной (“Пища полезна и питательна, поэтому надо ее получить”), эмоциональной (так как “хорошая” еда приносит удовольствие, а “плохая” — неудовольствие), поведенческой (включает в себя покупку, приготовление и пережевывание пищи) и физической (тактильные, вкусовые, обонятельные и зрительные ощущения).

Цели также являются частью модели поведения **АВС**. Так, Цель выжить включает в себя здоровое Убеждение (**В**) в том, что еда желанна, хорошее самочувствие (**С**), когда пищи достаточно, приложение усилий к ее поиску и приготовлению (**С**), а также отношение (**В**) к приему пищи как к положительному или отрицательному Активизирующему Событию (**А**) в зависимости от того, достаточно еды или нет. Цель (**G**) выжить (осознанная или неосознанная) и Цель питаться, чтобы выжить, обычно включают в себя определенные **А, В, и С**. Точно так же Цель (**G**) прекратить жить (в частности, посредством голодной смерти) включает в себя некоторые **А, В, и С** — а именно Убеждение (**В**), что есть не следует, чувство (**С**) неприязни к еде и поведение (**С**), выражающееся в отказе от пищи.

Цели (**G**) обычно взаимодействуют с разными видами **А, В, и С**, а также создают их. Так, цель выжить и принимать пищу, чтобы выжить, во многих случаях оказывает влияние на содержание Активизирующих Событий (**А**) (наличие или отсутствие пищи) и Убеждений (**В**), а также участвует в формировании чувств и поведения, касающихся этих Активизирующих Событий (**А**). Человек, испытывающий голод и желающий выжить (**А**), будет рассматривать даже древесную кору как пищу (**А**) и будет убежден (**В**), что

даже такая еда питательна; он будет сильно хотеть ее (**С**), активно ее искать и есть (**С**). Цели (**Г**), таким образом, включают в себя и оказывают влияние на мышление, эмоции и поведение, и, конечно же, мысли, чувства и действия часто включают в себя Цели и оказывают влияние на них.

Теперь давайте займемся Активизирующими Событиями (**А**), в частности, теми из них, которые мешают осуществлению Целей (**Г**) и способствуют возникновению нарушений (**С**). Возьмем отсутствие одобрения или любви (**А**); предположим, что для какого-то человека Целью или ценностью является получение одобрения от других людей, поэтому при нехватке одобрения (**А**), могут возникнуть следующие **В**: 1) безоценочное восприятие или наблюдение (например: “Она хмурится”); 2) безоценочные выводы или атрибуции (например: “Она хмурится — наверное, ей не нравится то, что я делаю, а может быть, и я сам”); 3) негативные оценки с указанием предпочтения (например: “Я предпочел бы нравиться ей, но, несмотря на то, что это не так, я все же могу принимать себя и быть в меру счастливым”); 4) негативные оценки самого себя (например: “То, что ей не нравлюсь я и мое поведение — ужасно, я не вынесу этого, я глупый и никому не нужный!”).

В таких случаях Активизирующие События (**А**) и Убеждения (**В**) взаимодействуют друг с другом и зависят друг от друга. **А** часто серьезно влияют на **В**, и наоборот. Таким образом, если **А** воспринимается как утрата одобрения, такое Убеждение, как: “Было бы лучше получить одобрение, но это не обязательно” — может воздействовать на восприятие таким образом, что **А** будет выглядеть как нечто досадное, тогда как Убеждение: “Я должен получить одобрение, а если этого не произойдет, я просто ничтожество!” — заставит человека воспринимать **А** как целенаправленное, жестокое и грубое нападение на него.

Точно так же частота, характер и сила Активизирующих Событий (**А**), происходящих с человеком, могут влиять на его Убеждения (**В**). Например, человек, однажды подвергшийся критике, может решить так: “Было бы лучше, если бы то, что я сделал, понравилось; но раз этого не произошло, это всего лишь небольшая неприятность, и я это легко переживу”. Однако если человек подвергается постоянным нападкам (**А**), он может выработать у себя следующее убеждение: “Эта критика (**А**) несправедлива, ее быть не должно! Я не потерплю этого! Тот, кто критикует меня — негодяй!”.

Далее, Активизирующим Событиям (А) всегда сопутствуют Следствия (С). Вернемся к нашему примеру. Человек, Целью (G) которого является получение одобрения других и который этого одобрения не получает (или полагает, что не получает), как Следствие (С), практически всегда испытывает адекватные чувства разочарования, печали, сожаления, фрустрации, а также предпринимает действия (С) — такие, как обсуждение своей проблемы с кем-то, или изменение поведения, вызывающего неодобрение. Такие Следствия (С) или какие-то другие чувства и поступки почти неизбежно являются спутниками Активизирующих Событий (А), мешающих осуществлению Целей (G).

Практически всем людям присуще стремление превращать взгляды, которых они придерживаются, в непоколебимые догмы. Активизирующее событие (А) — неодобрение окружающих, — воспринимаемое как негативное, оценивается с точки зрения такой догмы (В) и ведет к неблагоприятным Следствиям (С), выражающимся в чувствах паники, депрессии или ярости, и дисфункциональном поведении, например, в отстранении от действительности, откладывании необходимых действий на неопределенное время, злоупотреблении спиртным или проявлениях насилия. Таким образом, негативные Активизирующие События (А) — или то, что Селигман (Seligman, 1991) называет *бедствиями*, — почти всегда сопровождаются адекватными эмоциями и поступками, а часто и разрушительными чувствами и поведением.

Следствия (С), кроме того, существенно влияют на Активизирующие События (А) и даже формируют их. Например, женщина, испытывающая ужас и ненависть к себе из-за того, что от нее “ушел” мужчина, вполне может видеть (или интерпретировать) его действия как “уход” (А), в то время как он всего лишь занят чем-то, не имеющим к ней отношения. Более того, этот “уход” (А) может ужасать (С) ее настолько, что она, защищаясь, будет искаженно видеть (или интерпретировать) его поведение на стадии А (безразличие или отстраненность) как выражение привязанности к ней.

У Активизирующих Событий (А) так же, как у Убеждений (В) и Следствий (С), если не всегда, то почти всегда имеются когнитивные, эмоциональные и бихевиоральные аспекты. Активизирующие События (А) могут казаться объективными безличными фактами; например, вы хотите быть здоровым (G), но попадаете под машину и ломаете ногу (А). Однако, если А (происшествие) ве-

дет к **В** (тому, что вы думаете о нем) и **С** (эмоциональным и поведенческим следствиям), вы каким-то образом должны “объективно” воспринять (осознать) то, что с вами произошло. В связи с происшедшим вы будете что-то переживать (чувствовать) и как-то вести себя (действовать). То, что произошло, возможно, произошло просто так, потому что такие вещи случаются. Но поскольку это произошло с вами, человеком, который думает, чувствует и действует, то во всем происходящем принимают участие ваши мысли, чувства и реакции. Даже если вы в результате несчастного случая оказываетесь в коме, как только Вам удастся из нее выбраться, вы начинаете когнитивно, эмоционально и поведенчески реагировать на происшедшее. Только в том случае, если вы умираете (во время **А** или сразу после него), вы не реагируете на то, что произошло. И уже, скорее всего, никогда не отреагируете! Итак, **А** — это Активизирующее Событие, происходящее с человеком, к которому человек добавляет когнитивные, эмоциональные и бихевиоральные элементы. Люди по своей природе — феноменалисты и конструктивисты, потому они и способны осознавать происходящее.

Как мы уже отмечали, Убеждения (**В**) часто оказывают сильное влияние на **А**. Кроме того, они — по мнению теории **АВС** рационально-эмотивной терапии и других терапевтических школ когнитивно-бихевиоральной направленности — находятся в отношениях взаимосвязанности и взаимозависимости с **С**. Так, предпочтительные **В**, например: “Я очень хотел бы, чтобы такой-то любил меня, но это не является для меня необходимостью” — обычно вызывают адекватные чувства печали и фрустрации, если человек чувствует, что его не любят; а негативные **В**, например: “Мне совершенно необходимо, чтобы такой-то меня любил, иначе я ничего не стою” — обычно ведут к неадекватным чувствам паники или депрессии.

В то же время, Следствия (**С**) часто влияют на Убеждения (**В**). Так, если человек чувствует себя подавленно (**С**) после того, как его отвергли (**А**) и избегает общения со всеми, кто в принципе может его отвергнуть (**С**), он может придумать такие **В**, как: “Такой-то — дурак, с ним не стоит сближаться”, или “Я запросто найду людей, которые лучше, чем такой-то”, или “Я не нравлюсь ей, потому что она мне завидует”.

Почти так же, как **Г** и **А**, **В** (системы Убеждений) являются когнитивными, эмоциональными и бихевиоральными, хотя на



первый взгляд может показаться, что они являются феноменами исключительно когнитивного и философского порядка. Так, если вас сбила машина, у вас может существовать как адекватное Убеждение (“Мне это не нравится!”), так и Убеждение неадекватное (“Этого не должно было случиться, и то, что это все-таки произошло — ужасно!”). И на одно, и на другое Убеждение сильно влияет испытываемое вами чувство боли; и когда Убеждения ведут к фрустрации и ужасу, эти чувства в качестве обратной связи “подтверждают” Убеждения. В дело вмешиваются и поведенческие компоненты. Убеждение: “Мне это не нравится!” — предполагает, что вы скоро что-то сделаете для того, чтобы вылечить перелом и избавиться от боли, а Убеждение: “Этого не должно было случиться, и то, что это все-таки произошло — ужасно!” — предполагает, что вы предпримете что-то по поводу происшествия — будете жаловаться, подадите в суд, ляжете в больницу. Как уже говорилось выше, у вас возникают мысли по поводу Активизирующих Событий. Но у людей одновременно с оценкой событий возникают чувства и порождаются действия; мысли могут предшествовать чувствам и действиям, которые затем, с интервалом буквально в доли секунды, сами воздействуют на мышление. Поэтому практически невозможно мысленно оценить какое бы то ни было Активизирующее Событие, не испытывая при этом эмоций и не предпринимая действий (или не оставаясь сознательно в бездействии).

Пол Вудс (Woods, 1987, 1990) предлагает неврологическую интерпретацию того, как взаимодействуют **А**, **В** и **С**. Согласно его точке зрения, Активизирующие События (**А**), включают в себя:

- Внешние события
- Энергию стимула, передающуюся этими внешними событиями
- Активность в сенсорной области мозга (ощущение стимула)
- Активность в сенсорной ассоциативной области мозга (интерпретация ощущения)

Системы Убеждений (**В**) обычно “хранятся” в кортикальной области мозга, где пережитое связывается с системой Убеждений и оценивается. Следствия (**С**) состоят из эмоциональных и поведенческих реакций на **А** и **В**.

Итак, с неврологической точки зрения, ощущения, которые мы интерпретируем на стадии **A**, влияют на наши эмоциональные и поведенческие реакции на стадии **C**; но верно и обратное: наша интерпретация ощущений на стадии **A** также влияет на наши эмоциональные и поведенческие реакции на стадии **C**. Опять же, ощущения, интерпретируемые на стадии **A**, воздействуют на кортикальную область (где пережитое связывается с системой убеждений и оценивается), а накопленный опыт пережитого и его оценки, “хранящиеся” в кортикальной области, взаимодействуют с интерпретацией ощущений на стадии **A** и влияют на нее.

И, наконец, опыт пережитого и оценки (**B**), хранящиеся в кортикальной области мозга, влияют на эмоциональные и поведенческие реакции на стадии **C**, а реакции стадии **C** влияют на формирование опыта и оценок.

## **АВС в межличностных отношениях**

Как видно из приведенных примеров, взаимоотношения и взаимовлияние между компонентами систем **АВС** (как нормально функционирующих, так и дисфункциональных) многочисленны, а количество возможных проявлений этих взаимоотношений почти бесконечно; то же самое можно сказать и о взаимодействии между системами **АВС** близких друг другу людей. Как было показано мною и моими соавторами в книге “Рационально-эмотивная терапия при работе с супругами” (Ellis, Sichel, Yeager, DiMattia, and DiGiusepee, 1989), **C** одного человека может оказывать сильное влияние на **A** другого. К примеру, когда муж критикует жену (**A**), она может сказать себе: “Негодяй! Он не имеет право быть таким критичным!” — и отреагировать на критику приступом ярости (**C**). Муж же может расценить ее ярость как негативное Активизирующее Событие и ответить на него депрессией (**C**). Жена может увидеть в депрессии негативное Активизирующее Событие (**A**) и испытать в ответ чувства вины и жалости к себе (**C**). И так до бесконечности!

При близких отношениях между двумя людьми их **A** могут сильно влиять на их **B** — а **B**, в свою очередь, влиять на **A**. Так, в приведенном выше примере то, что муж постоянно критикует *действия* жены, может заставить ее интерпретировать критику, как направленную против *нее самой* и выработать Убеждение (**B**): “Он нена-

видит меня!”. Ее высказывание (ее **C**): “Ты ненавидишь меня, негодяй!” — может повлечь за собой дальнейшую критику и физическое нападение со стороны мужа (его **C2** и ее **A2**). Вследствие этого жена может прийти к выводу: “Ну, вот! Теперь я точно знаю, что он меня ненавидит!” (ее **B2**), — а затем подать заявление на развод (ее **C2**).

Таким образом, взаимодействия между системами **ABC** двух людей могут иметь самые разнообразные проявления, а в семье, состоящей из трех и более человек, они могут усложняться практически до бесконечности. Это не означает, что взаимодействия между **ABC** разных людей автоматически заканчиваются психологическими нарушениями; не означает это и того, что терапевт с клиентом обязаны выявить и объяснить все факты, касающиеся этого взаимодействия. В возникновении психологического нарушения обычно участвуют мысли, чувства и действия, в основе которых явно или скрыто лежат требования и представления о *долженствовании*.

Предположим, к примеру, что женщину постоянно критикует ее муж (**A1**). Она может сказать себе, исходя из рациональных соображений: “Мне не нравится его отношение ко мне; думаю, надо поменьше с ним общаться” (**B1**), — при этом у нее возникнет адекватное чувство досады, и она прекратит сексуальные отношения с мужем (**C1**). Но у нее может возникнуть и другое рациональное Убеждение: “Я думаю, что неправильно прекращать сексуальные отношения с мужем” (**B2**), — поэтому у нее возникнут адекватные чувства печали и сожаления (**B2**) относительно плохого поведения мужа (**A1**), относительно ее собственной мысли о том, чтобы поменьше с ним общаться (**B1**) и относительно прекращения сексуальных отношений (**C1**). При таком сценарии развития событий ее мысли, чувства и поведение, согласно теории РЭТ, не будут считаться невротическими.

С другой стороны, она, заметив критическое отношение мужа, может снабдить свои разумные *предпочтения* иррациональными представлениями о *долженствовании* и сказать себе: “Он не *должен* так критиковать меня; раз он это делает, он негодяй!” (**B**) — и почувствовать неадекватную разъяренность и желание убить супруга, что может привести к реальному нападению на него с ее стороны (**C1**). Замена *предпочтения* (нежелания, чтобы **A** происходило) *требованием* становится невротизирующим фактором и вызывает к жизни совсем другие чувства и способы поведения (**C1**).

Эта женщина может усугублять свое невротическое состояние, добавляя в качестве вторичного дестабилизирующего фактора понятие “должна” к **A1**, **B2** и **C1**. Так, она может настаивать на следующем: 1) “Я не *должна* позволять мужу критиковать меня!” (**A1**); 2) “Я не *должна* считать его негодяем!”; и 3) “Я не *должна* хотеть убить мужа и нападать на него!”. Добавляя эти требования к своим исходные **A**, **B** и **C**, женщина легко может начать испытывать тревогу и депрессию по поводу своей тревоги, и вторичные дестабилизирующие факторы могут приобрести большее значение, чем первичные!

В то же время муж может отрицательно относиться к **A**, **B** и **C** своей жены и, подходя к происходящему с рациональной позиции, *хотеть* или *предпочитать*, чтобы жена не считала его суровым критиком (ее **A**), не думала, что он негодяй (ее **B**), не приходила в ярость и не бросалась на него (ее **C**). Или же он может, будучи склонным рассматривать ситуацию с иррациональной точки зрения, *требовать*, чтобы жена не переживала свои **A**, **B** и **C**, приходя в состояние тревоги, депрессии и ярости.

Другими словами, если муж и жена хорошо понимают как свои **ABC**, так и **ABC** супруга, они более ясно видят, что происходит (включая и то, что происходит благодаря их собственным усилиям) в их взаимоотношениях. То же самое верно и в отношении психотерапевта. К тому же, как гласит подтвержденная практикой теория **ABC**, для того, чтобы понять суть нарушений, людям необходимо иметь ясное представление о существующих у них предпочтениях и требованиях, предъявляемых ими как к своим когнитивно-эмотивным **ABC**, так и к **ABC** другого человека. Если их собственные **B** имеют характер предпочтения (адекватны), нарушения, скорее всего, не произойдет; если же они “обязумны” (неадекватны) — вероятность нарушения весьма высока.

После такого моего утверждения может возникнуть впечатление, что я возвращаюсь к старой РЭТ, в которой Убеждения (**B**) играли решающую роль в формировании неблагоприятных Следствий (**C**). Это отчасти верно. Но я возвращаюсь еще и к исходной концепции РЭТ, которая рассматривала мышление и ощущения во взаимосвязи, как процессы скорее взаимно переплетенные, чем независимые (Ellis, 1962). Обычно, называя **B** Убеждениями, я и рассматриваю их как таковые; однако при наличии эмоциональных и поведенческих Следствий, с которыми они теснейшим об-

разом взаимодействуют, Убеждения становятся явлениями когнитивно-эмотивного порядка.

Как показал Абельсон (Abelson, 1962), мысли могут быть “холодными” и “горячими”; я добавил к этому, что они бывают еще и “теплыми” (Ellis, 1985a, 1985b). В вышеприведенном примере муж, когда его жена была в ярости, мог выбирать между мышлением в трех разных плоскостях: 1) “Я вижу, что жена разъярена” (“холодная” мысль); 2) “Мне не нравится, что жена в ярости. Как бы мне хотелось, чтобы она вела себя по-другому... Досадно, что она в таком состоянии” (“теплые” мысли-чувства); 3) “Мне отвратительно ее поведение! Она не *должна* бросаться на меня! Какая гадина! Я убью ее!” (“горячие” мысли-чувства). В “холодных” мыслях если и присутствуют чувства, то их очень мало. “Теплые” мысли содержат в себе оценку “холодных”, которая может варьировать от слабой до ярко выраженной, а оценка включает в себя чувства, которые также могут быть как слабыми, так и ярко выраженными. “Горячие” мысли предполагают наличие очень отчетливых чувств, от сильных до очень сильных.

С так же, как **G**, **A** и **B**, включают в себя сильные эмоциональные и поведенческие элементы, взаимодействующие с такими же сильными когнитивными элементами. Так, если вас сбила машина, вы при этом сломали ногу, чувствуете боль (**A**) и говорите себе: “Этого не должно было произойти! Это ужасно!” — вы не только совершаете определенные действия (например, жалуетесь и отправляетесь в больницу) на стадии **C**, вы еще и чувствуете себя недовольным и злым, да в придачу не перестаете думать о своем несчастном случае. Кроме того, у Вас могут появляться жалость к себе, параноидальные и суицидальные мысли, чувства депрессии и отчаяния, жажда мести и т.д. Вы всегда остаетесь *человеком*, реагирующим на Активизирующие События.

Если все, сказанное мною до сих пор, верно, значит, то, что мы называем личностью, относится к человеку — к индивиду. Так уж устроен человек, так уж он себя ведет — когда последовательно, а когда и нет. Для того, чтобы понять человека, надо понять окружающий его мир, или Активизирующие События, потому что мы всегда живем среди того, что нас окружает, и мы, насколько можно судить, никогда не существуем исключительно в себе, сами по себе или для себя. Более того, мы реагируем на окружающее так же, как и на самих себя, физически и эмоционально, биологически и психологически. Наши эмоциональные и психологичес-

кие реакции выражаются в мышлении, эмоциях и поведении. Такова наша природа. Мы можем вычлениить наши мысли, чувства и поступки, как если бы они были отдельными, независимыми друг от друга процессами; но в действительности они очень редко являются таковыми. Так или иначе, как я сказал еще в 1956 году: “Мышление и эмоции ... иногда (хотя и не во всех случаях) становятся по существу одним и тем же — мысль превращается в эмоцию, а эмоция — в мысль” (Ellis, 1962, p. 36). Приятно сознавать, что многие специалисты в области когнитивно-бихевиоральной терапии приняли эту точку зрения (Epstein, 1990; Greenberg and Safran, 1987; Guidano, 1988; Mahoney, 1988; Mahoney, 1988; Meichenbaum, 1990; Muran, 1991).

## **Использование модели ABC в психотерапии**

Понимание наших мыслей, чувств и поступков, их интегральной и целостной взаимосвязи, не является достаточным условием построения работающей и эффективной психотерапевтической теории (Bernard, 1986; Ellis, 1985b; Ellis & Dryden, 1990, 1991; Ellis & Grieger, 1977, 1986; Hankura & Dryden, 1990). Неизменно возникает вопрос: есть ли среди этих процессов (при условии, что мы в принципе можем провести между ними черту) те, что больше других ответственны за возникновение нарушений в психике; те, на которые можно было бы эффективно повлиять для осуществления серьезных, всеобъемлющих и долговременных личностных изменений, для достижения того, что мы называем нормальным функционированием личности или психическим здоровьем?

Как показывают клинические наблюдения и исследования последнего столетия, психотерапевт может помочь своему клиенту изменить мысли, чувства и поступки и по-настоящему сконцентрироваться на одном, двух или всех трех процессах одновременно, что во многих случаях способствует кратковременным или долговременным личностным переменам. До сих пор не удалось доказать, что какой-то один из сотен психотерапевтических методов обладает несомненным превосходством перед другими. Рационально-эмотивная теория (наряду с когнитивно-бихевиоральной) заняла интегративную позицию, в которой подчеркивается важность активно-директивного использования разнообразных когнитивных, эмотивных и бихевиоральных методов при работе практически с

каждым клиентом (Ellis, 1957, 1962, 1988; Ellis & Dryden, 1987, 1990, 1991). Однако пропорции, в которых РЭТ использует методы прямого и косвенного воздействия, сотрудничества и директивы, убеждения и домашней работы, когнитивные и эмотивные методы, при работе с разными клиентами могут различаться, поскольку каждый человек индивидуален, он в чем-то похож на других, а в чем-то — совсем не такой, как все (Ellis, 1985b; Ellis & Dryden, 1987, 1991; Ellis & Watzlawick, 1988; Ellis & Zeig, 1988).

Позвольте мне закончить эту главу на довольно спорной и противоречивой ноте. Поскольку человек есть человек, поскольку мышление является для него более важным процессом, чем для других живых существ, я предполагаю, что определенные когнитивные терапевтические методы могут тщательнее и искуснее помочь многим (но не всем!) клиентам достичь более быстрых, более полных и более долговременных личностных изменений, чем техники с меньшей долей когнитивного — это в особенности относится к клиентам, страдающим неврозами (в отличие от находящихся в пограничном состоянии или больных психозами). Более того, как справедливо напомнил мне Рассел Григер (в личной беседе), когнитивная модальность: 1) присуща исключительно человеку; и 2) оказывает наибольшее влияние на процессы межличностного общения из всех модальностей человеческой психики.

Да, я прекрасно понимаю, какие сложности влечет за собой выдвижение подобной гипотезы. Согласно сказанному мной выше, то, что мы называем когнитивным, ни в коей мере не является исключительно интеллектуальным, но часто включает в себя сложные эмоциональные и моторные процессы. К тому же особые когнитивные методы, о которых я расскажу далее, всегда включают в себя эмоциональные и бихевиоральные элементы и не являются чисто интеллектуальными или философскими. Поэтому в следующих моих утверждениях есть нечеткие термины, которые могут быть неоднозначно истолкованы, и это может ослабить мои аргументы. И, тем не менее, я вступаю на этот тернистый путь!

Во-первых, хочу упомянуть один важный аспект модели ABC, который часто упускают из виду и который был ясно виден одному из моих наблюдательных клиентов. Работая с этим человеком, которому в течение пяти лет психоанализа не удалось избавиться от сильного хронического страха, я все время подчеркивал, что люди, в основном, сами создают свои иррациональные Убеждения (**iB** — *irrational Beliefs*), а не получают их в наследство от ро-

дителей. По поводу Активизирующих Событий своей жизни (в его случае — постоянная критика и оскорбления) они вырабатывают рациональные Убеждения (**rB** — rational Beliefs) (например: “Я поступаю плохо и получу за это порицание — жаль...”) и иррациональные Убеждения (**iB**) (например: “Я не должен плохо поступать, я должен радовать родителей и значимых для меня людей, а иначе я дурной человек!”).

Иррациональные Убеждения (**iB**), как я покажу в этой главе, будучи когнитивными, все время взаимодействуют с эмоциональными и бихевиоральными компонентами, оказывая взаимное влияние друг на друга. Но, поскольку люди создают свой язык и символику, поскольку они говорят сами с собой, эмоциональные и бихевиоральные компоненты часто оказываются символически закодированными в виде “горячих” мыслей — таких, как (в случае вышеупомянутого клиента): “Я ничтожество! Я не могу выносить неодобрения со стороны других! Я должен стать богатым, чтобы доказать, что мои родители ошибались и что я заслуживаю счастья!”

Такие **iB** по большей части являются реакциями на неблагоприятные Активизирующие События (**A**), имевшие место как в детстве, так и в более позднем возрасте. Но, воспроизведенные и повторенные много раз, они превращаются в Базовую Философию, которая представляется и ощущается как абсолютно верная, несмотря на то, что она может состоять всего лишь из ложных предположений. Как хорошо сказал мой клиент: “Сперва **B** следует за **A**, но потом оно оказывается впереди **A** и применяется к новым **A**”.

Я сразу же с ним согласился. “Вот именно. Сначала **B** появляется или выстраивается — особенно это касается разрушительных представлений о должностовании — по поводу **A**. Но затем, если его повторять и вести себя так, будто оно является истинным, оно превращается в Базовую Философию, которую мы впоследствии и применяем к **A**. Делая это, мы часто искажаем и изменяем **A**, например, кто-то всего лишь делает нам небольшое замечание, а мы сразу же приходим к выводу, что этот человек окончательно и бесповоротно отверг нас”.

В дальнейших беседах с клиентом мы выяснили, что “горячие” мысли, закодированные нами в Убеждения (**B**), часто превращаются в Базовые Философские Предположения — в то, что Келли (Kelly, 1955) назвал дисфункциональными личностными конструктами — становясь фактически краеугольными камнями нашей жизни. Они существенным образом влияют на наши Цели (**G**),



Активизирующие События (А) и Следствия (С). Они даже, согласно РЭТ, влияют на характер производных Убеждений. Так, основное иррациональное (“обязумное”) Убеждение моего клиента (“Я не должен плохо поступать; я должен радовать родителей и значимых для меня людей!”) привело его к выводу: “Раз я часто поступаю плохо и расстраиваю родителей и значимых для меня людей, значит, я ничтожество! Я не заслуживаю счастья! Я должен превосходить других. Я не вынесу поражения! У меня никогда ничего не получится!” И так далее...

Почему людям часто бывает так трудно оказаться от тех “должен” и “обязан”, которые они сами для себя принимают или создают и с помощью которых они сами себе наносят вред? Ответ таков: все дело в особой природе этих “должен” и “обязан”, где когнитивные, эмотивные и поведенческие элементы теснейшим образом взаимосвязаны.

С когнитивной точки зрения, эти требования (“долженствования”) носят характер абсолютности и необходимости, например: “Всегда и при любых обстоятельствах я должен быть компетентным!”, “Я должен, *несмотря ни на что*, все делать хорошо!”, “Если я что-то сделаю плохо, а этого не должно произойти ни за что, это будет катастрофой, лучше уж пусть я умру, потому что счастья в моей жизни *никогда* после этого не будет!”.

С эмотивной точки зрения, требования, при помощи которых люди наносят себе вред, очень прочно укореняются и состоят они из того, что Абельсон называет “горячими мыслями” (Abelson, 1962). Вот несколько примеров: “Я *непременно* должен все делать *очень* хорошо!”, “Поскольку отношения с этим человеком — *самые* важные отношения в моей жизни, я *обязательно* должен вести себя достойно!”, “Раз я *так* сильно хочу есть, я должен есть без конца, чтобы утолить голод!”, “При неудаче я так тревожно себя *чувствую*, и это доказывает, что я *должен* добиваться успеха!”.

С поведенческой точки зрения, люди крепко держатся требований, ведущих к нарушениям, и постоянно практикуют и закрепляют образцы поведения, вызываемые этими требованиями. Примеры: “Из-за того, что я так *нуждаюсь* в твоей любви, я *никогда* не смогу тебя оставить. Я *должен* умолять тебя полюбить меня, я *не могу прекратить* преследовать тебя. Это ведь *доказывает*, что я действительно тебя люблю и что ты *должна* быть моей!”; “Каждый раз, когда мне поднимают зарплату, я подпрыгиваю от радости; значит, я *должен* продолжать получать прибавки к жалованию”.

Догматические требования часто включают в себя составные Убеждения, одновременно имеющие сильные когнитивные, эмоциональные и бихевиоральные элементы. Например: “Я *должен* преуспеть и таким образом заслужить твое одобрение, иначе я буду просто болваном, а моя жизнь станет сплошным ужасом и кошмаром. Я *никогда* уже не добьюсь ничего и не получу одобрения, так что лучше уж мне будет застрелиться! К тому же, если у меня ничего не получится, а ты не похвалишь меня, я буду чувствовать такую страшную тревогу и подавленность, а я просто *не выношу* этих чувств, и если они появятся, я буду ничтожным придурком!” (Muran, 1991).

У императивных требований часто имеются сильные эмоциональные и бихевиоральные компоненты, способствующие их укреплению и ведущие к неблагоприятным когнитивным, эмоциональным и бихевиоральным последствиям, которые сами по себе требуют внимания, поглощают большое количество времени и сил, уведат людей от оспаривания этих требований и вдохновляют на создание дополнительных неблагоприятных (с когнитивно-эмотивной точки зрения) требований. К примеру: “Я не должен думать иррационально и чувствовать себя тревожно и подавленно, когда все-таки так думаю! Я *не выношу* этих требований и результатов, к которым они приводят! Мне *слишком* трудно бороться с ними и отказываться от них — на самом деле я *не могу* отказаться от них! Я *просто ничтожество* оттого, что не могу остановить этот поток ужасных мыслей и чувств!”

Императивные, безусловные требования, таким образом, неминуемо являются когнитивными, эмоциональными и поведенческими и ведут к неблагоприятным мыслям, ощущениям и поступкам, по поводу которых, в свою очередь, возникают дополнительные неблагоприятные мысли, ощущения и поступки и которые мешают трезвому взгляду на требования, их Оспариванию (**D**) и ослаблению. Неудивительно, что так называемый интеллектуальный инсайт и Оспаривание (**D**) обычно не слишком-то помогают людям отказаться от своих сложных требований! Поэтому-то РЭТ настоятельно рекомендует своим клиентам и другим людям с невротическими расстройствами включать в процесс Оспаривания требований и команд разнообразные когнитивные, эмоциональные и бихевиоральные методы воздействия.

В свете всего изложенного ясно, что РЭТ до сих пор считает, что разветвленные догматические, абсолютистские и императив-

ные требования, являются, возможно, самым главным фактором невротического расстройства. Но обновленная теория РЭТ гласит, что эти требования не являются только интеллектуальными, когнитивными или философскими, они также носят ярко выраженный эмоциональный и поведенческий характер и являются интегральной частью Целей, Активизирующих Событий, Убеждений и неблагоприятных Следствий, когда они становятся — или *сами себя делают* — невротическими.

Если иррациональные Убеждения (**иВ**) хранятся как в сознании, так и в подсознании, и часто являются весьма упорными, как предполагает РЭТ, то клиенту и психотерапевту необходимо вывести их на поверхность, продемонстрировать их разрушительную силу и производить на них постоянную массированную атаку. Поскольку эти Убеждения (**В**) и их Следствия (**С**) являются когнитивными, эмоциональными и поведенческими, в РЭТ используется множество мыслительных, эмоциональных и поведенческих техник их изменения. Но эти техники в основном применяются для того, чтобы помочь клиентам совершить коренной переворот в своих философских системах, и в особенности для того, чтобы заменить их жесткий “обязумный” способ мышления на другой — обозначающий предпочтения и направленный на поиск альтернативы.

Мы поощряем творческое и изобретательное мышление клиентов, в противоположность следованию идеям и предписаниям психотерапевта с тем, чтобы в идеале они становились более независимыми и менее догматичными и чтобы в будущем они были более гибкими и менее подверженными предрассудкам. Научившись находить альтернативы и менять свой взгляд на жизнь, они будут продолжать строить особые философские системы и придумывать гибкие решения проблем, что поможет им избежать поведения, разрушительного для самих себя и для общества; им будет открыт путь к максимальной реализации своих возможностей и к тому, чтобы помогать в реализации возможностей другим людям (Ellis, 1990b).

Кроме того, РЭТ считает чрезвычайно важными целостный взгляд на взаимопроникновение мышления, эмоций и поведения и сильное и сложное взаимодействие между Активизирующими Событиями (**А**), Убеждениями (**В**) и эмоциональными и поведенческими Следствиями (**С**), проявляющееся как у здоровых, так и у нездоровых людей. РЭТ также подчеркивает важность осуществления изменений в философской системе человека. Сейчас мне,

как никогда, ясно, что эти изменения носят ярко выраженный когнитивный, эмоциональный и поведенческий характер. Это означает, во-первых, что человек, которому удалось их осуществить, и дальше будет мыслить гибко и в терминах предпочтений, а не ригидно и “обязумно”. Во-вторых, он будет вовлечен в научное осмысление отношений с самим собой, окружающими и миром, и откажется от предрассудков. Это означает, что он будет последовательно и непреклонно сражаться против когнитивно-эмоциональной ригидности, за независимость мышления.

## Литература

- Beck, A. T., Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Bernard, M. E. (1986). *Staying alive in an irrational world: Albert Ellis and rational-emotive therapy*. South Melbourne, Australia: Carlson/Macmillan.
- Bernard, M. E., & DiGiuseppe, R. (1989). *Inside rational-emotive therapy*. San Diego, CA: Academic Ps.
- Brown, G., & Beck, A. T. (1989). The role of imperatives a psychopathology: A reply to Ellis. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 315—321.
- Crawford, T. (1990, May 7, May 11, May 26). Letters to Albert Ellis.
- DeSilvestri, C. (1989). Clinical models in RET: An advanced model of the organization of emotional and behavioral disorders. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 7, 51—58.
- DiGiuseppe, R. (1986). The implication of the philosophy of science for rational-emotive theory and therapy. *Psychotherapy*, 23, 634—639.
- DiGiuseppe, R. A., Miller, N. J., & Trexler, L. D. (1979). A review of rational-emotive psychotherapy outcome studies. In A. Ellis & J. M. Whiteley (Eds.), *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy* (pp. 218—235). Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Dryden, W. (1984). Rational-emotive therapy. In W. Dryden (Ed.), *Individual therapy in Britain* (pp. 235—263). London: Harper & Row.
- Ellis, A. (1956). An operational reformulation of some of the basic principles of psychoanalysis. In H. Feigl & M. Scriven (Eds.), *The foundations of science and the concepts of psychology and psychoanalysis* (pp. 131—154). Minneapolis university of Minnesota press. (Also: *Psychoanalytic Review*, 43, 163—180.)
- Ellis, A. (1957). *How to live with a neurotic: At home and at work*. New York: Crown. Rev. Ed.: North Hollywood, CA: Wilshire Books, 1975.
- Ellis, A. (1958). Rational psychotherapy. *Journal of General Psychology*, 59, 35—49. Reprinted: New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus, NJ: Citadel.
- Ellis, A. (1968). *Homework report*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Ellis, A. (1969a). A cognitive approach to behavior therapy. *International Journal of Psychiatry*, 8, 896—900.

- Ellis, A. (1969b). A weekend of rational encounter. *Rational Living*, 4(2), 1–8. Reprinted in A. Ellis & W. Dryden, *The practice of rational-emotive therapy*. New York: Springer, 1987.
- Ellis, A. (1971). *Growth through reason*. North Hollywood, CA: Wilshire Books.
- Ellis, A. (1972). *Psychotherapy and the value of human being*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy. Reprinted in A. Ellis & W. Dryden, *The Essential Albert Ellis*. New York: Springer, 1990.
- Ellis, A. (1973). *Humanistic Psychotherapy: The rational-emotive approach*. New York: McGraw-Hill.
- Ellis, A. (1976). RET abolishes most of the human ego. *Psychotherapy*, 13, 343–348. Reprinted: New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Ellis, A. (1977). *Anger — how to live with and without it*. Secaucus, NJ: Citadel Press.
- Ellis, A. (1979a). Rational-emotive therapy: Research data that support the clinical and personality hypotheses of RET and other modes of cognitive-behavior therapy. In A. Ellis & J. M. Whiteley (Eds.), *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy* (pp. 101–173). Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Ellis, A. (1979b). Rejoinder: Elegant and inelegant RET. In A. Ellis & J. M. Whiteley (Eds.), *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy* (pp. 240–271). Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Ellis, A. (1983). *The case against religiosity*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Ellis, A. (1984). The essence of RET—1984. *Journal of Rational-Emotive Therapy*, 2 (1), 19–25.
- Ellis, A. (1985a). Expanding the ABC's of rational-emotive therapy. In M. Mahoney & A. Freeman (Eds.), *Cognition and psychotherapy* (pp. 313–323). New York: Plenum.
- Ellis, A. (1985b). *Overcoming resistance: Rational-emotive therapy with difficult clients*. New York: Springer.
- Ellis, A. (1987a). The impossibility of achieving consistently good mental health. *American Psychologist*, 42, 364–375.
- Ellis, A. (1987b). A sadly neglected cognitive element in depression. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 121–146.
- Ellis, A. (1988). *How to stubbornly refuse to make yourself miserable about anything — yes, anything!* Secaucus, N. J.: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1989). A rational-emotive constructivist approach to couples and family therapy. In A. Ellis, J. Sichel, R. Yeager, D. Di Mattia, & R. DiGiuseppe, *Rational-emotive couples therapy* (pp. 106–115). New York: Pergamon.
- Ellis, A. (1990a). Is rational-emotive therapy (RET) “rationalist” or “constructivist”? In A. Ellis & W. Dryden, *The essential Albert Ellis* (pp. 114–141). New York: Springer.
- Ellis, A. (1990b). Rational and irrational beliefs in counseling psychology. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 8, 221–233.
- Ellis, A. (1990c). A rational-emotive approach to peace. Paper presented at the 98<sup>th</sup> Annual Convention of the American Psychological Association, Boston, August 10.
- Ellis, A. (1991). The philosophical basis of rational-emotive therapy. *Psychotherapy in Private Practice*, 8(4), 99–106.
- Ellis, A., & Dryden, W. (1987). *The practice of rational-emotive therapy*. New York: Springer.
- Ellis, A., & Dryden, W. (1990). *The essential Albert Ellis*. New York: Springer.
- Ellis, A., & Dryden, W. (1991). *A dialogue with Albert Ellis: Against dogma*. Stony Stratford, England: Open University Press.
- Ellis, A., & Grieger, R. (Eds.). (1977). *Handbook of rational-emotive therapy*. Vol. 1. New York: Springer.

- Ellis, A., & Grieger, R. (Eds.). (1986). *Handbook of rational-emotive therapy*. Vol. 2. New York: Springer.
- Ellis, A., & Harper, R. A. (1975). *A new guide to rational living*. North Hollywood, CA: Wilshire Books.
- Ellis, A., & Sichel, J., Yeager, R., DiMattia, D., & DiGiuseppe, R. (1989). *Rational-emotive couples therapy*. New York: Pergamon.
- Ellis, A., & Watzlawick, P. (Speakers). (1986). *Debate: Direct vs. Indirect psychotherapy*. Cassette recording. Garden Grove, CA: InfoMedix and Milton H. Erickson Foundation.
- Ellis, A., & Zeig, J. (Speakers). (1988). *Dialogue*. Cassette recording. Garden Grove, CA: InfoMedix and Milton H. Erickson Foundation.
- Engels, G. I., & Diekstra, R. F. W. (1986). Meta-analysis of rational emotive therapy outcome studies. In P. Eelen & O. Fontaine (Eds.), *Behavior therapy: Beyond the conditioning framework* (pp. 121–140). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Epstein, S. (1990). Cognitive experiential self-theory. In L. Pervin (Ed.), *Handbook of personality and research*. New York: Guilford Press.
- Freud, S. (1920/1959). *Beyond the pleasure principle*. New York: Basic Books.
- Glasser, W. (1965). *Reality therapy*. New York: Harper and Row.
- Goldfried, M. R., & Davison, G. C. (1976). *Clinical behavior therapy*. New York: Holt, Renihart & Winston.
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1984). Integrating affect and cognition: A perspective on the process of therapeutic change. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 591–598.
- Grieger, R. (1985). From a linear to a contextual model of the ABCs of RET. *Journal of Rational-Emotive Therapy*, 3(2), 75–99.
- Grieger, R. M. (1986). *Rational-emotive couple counseling: A special issue of journal of rational emotive therapy*. New York: Human Sciences Press.
- Guidano, V. F. (1988). A systems, process oriented approach to cognitive therapy. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive behavior therapies* (pp. 307–356). New York: Guilford Press.
- Guidano, V. F., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford Press.
- Haaga, D. A., & Davison, G. C. (1989). Outcome studies of rational-emotive therapy. In M. E. Bernard & R. DiGiuseppe, (Eds.), *Inside rational-emotive therapy* (pp. 155–197). San Diego, CA: Academic.
- Heidegger, M. (192). *Being and time*. New York: Harper & Row.
- Hollon, S. D., & Bemis, K. M. (1981). Self-report and the assessment of cognitive functions. In M. Hersen & A. S. Bellack (Eds.), *Behavioral assessment*, (pp. 125–174). New York: Pergamon.
- Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs*. 2 vols. New York: Norton.
- Lazarus, A. A. (1971). *Behavior therapy and beyond*. New York: McGraw-Hill.
- Ledwidge, B. (1978). Cognitive behavior modifications: A step in the wrong direction. *Psychological Bulletin*, 85, 353–375.
- Lyons, L. C., & Woods, P. (1991). The efficacy of rational emotive therapy: A quantitative review of the outcome research. *Clinical Psychology Review*, 11, 357–369.
- Mahoney, M. J. (1977). Personal Science: A cognitive learning theory. In A. Ellis & R. Grieger (Eds.), *Handbook of rational-emotive therapy* (pp. 352–366). New York: Springer.
- Mahoney, M. J. (1988). The cognitive sciences and psychotherapy: Patterns in a developing relationship. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of the cognitive-behavioral therapies* (pp. 357–386). New York: Guilford Press.

- Maultsby, M. C., Jr. (1984). *Rational behavior therapy*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Maultsby, M. C., Jr., & Ellis, A. (1974). *Technique for using rational emotive imagery*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- McGovern, T. E., & Silverman, M. S. (1984). A review of outcome studies of rational-emotive therapy from 1977–1982. *Journal of Rational-Emotive Therapy*, 2(1), 7–18.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification*. New York: Plenum.
- Meichenbaum, D. (1990). Cognitive-behavior modification. Invited address to Evolution of Psychotherapy Conference, Anaheim, CA, December 13.
- Muran, J. C. (1991). A reformulation of the ABC model in cognitive psychotherapies: Implications for assessment and treatment. *Clinical Psychology Review*, 11, 399–418.
- Popper, K. R. (1985). In D. Miller (Ed.), *Popper selections*. Princeton University Press.
- Rachlin, H. (1977). Reinforcing and punishing thoughts. *Behavior Therapy*, 8, 659–665.
- Raimy, V. (1975). *Misunderstandings of the self*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Rorer, L. G. (1989). Rational-emotive theory: An integrated psychological and philosophical basis. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 475–493; 13, 531–548.
- Schwartz, R. M. (1982). Cognitive-behavior modification: A conceptual review. *Clinical Psychology Review*, 2, 267–293.
- Seligman, M. E. P. (1991). *Learned optimism*. New York: Knopf.
- Skinner, B. F. (1971). *Beyond freedom and dignity*. New York: Knopf.
- Smith, T. W., & Allred, K. D. (1986). Rationality revisited: A reassessment of the empirical support for the rational-emotive model. In P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol. 5) (pp. 63–87). New York: Academic.
- Wessler, R. L. (1984). Alternative conceptions of rational-emotive therapy: Toward a philosophically neutral psychotherapy. In M. A. Reda & M. L. Mahoney (Eds.), *Cognitive psychotherapies: Recent developments in theory, research and practice* (pp. 65–79). Cambridge, MA: Ballinger.
- Wessler, R. L., & Hankin-Wessler, S. W. R. (1986). Cognitive appraisal therapy. In W. Dryden & W. Golden (Eds.), *Cognitive-behavioral approaches to psychotherapy* (pp. 196–223). London: Harper & Row.
- Wessler, R. A., & Wessler, R. L. (1980). *The principles and practice of rational-emotive therapy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Wolfe, J. L., & Naimark, H. (1991). Psychological messages and social context: Strategies for increasing RET's effectiveness with women. In M. Bernard (Ed.), *Using rational-emotive therapy effectively*. New York: Plenum.
- Woods, P. J. (1987). Reduction in type A behavior, anxiety, anger, and physical illness as related to changes in irrational beliefs. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 5, 213–237.
- Woods, P. J. (1990, October 23). Personal communication.
- Woods, P. J., & Lyons, L. C. (1990). Irrational beliefs and psychosomatic disorders. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 8, 3–20.
- Woods, P. J., Silverman, E. S., Gentilini, J. M., & Cunningham, D. K. (1990, June). Cognitive variables related to suicidal contemplation in adolescents with implications for long-range prevention. Paper presented at the World Congress on Mental Health Counseling, Keystone, CO.
- Yankura, J., & Dryden, W. (1990). *Doing RET: Albert Ellis in action*. New York: Springer.

## ***Комментарий Сальвадора Минухина***

По моему мнению, задача, которую поставил перед собой Джефф Зейг — организовать дискуссию между представителями разных психотерапевтических направлений, — вряд ли выполнима. Доктор Эллис рассказывал нам о том, что нового появилось в его теории. Он всю свою жизнь разрабатывал один конкретный вид психотерапии. Предполагалось, что я сделаю отзыв о его работе. Но я всю жизнь думал в совершенно иной плоскости. И сколько бы я ни старался уважительно относиться к его идеям, сколько бы ни стремился понять их — мы все равно говорим с ним на разных языках. Я не воспринимаю людей вне контекста. Я не вижу тех, кого описывает доктор Эллис. Для меня понятия циркулярности и обратной связи означают нечто, существующее между людьми, а не в отдельно взятом человеке. Пациенты — часть той же системы, и я вижу взаимоотношения между психотерапевтом и пациентом иначе, чем видит их д-р Эллис.

Я сказал Джеффу Зейгу, что не хотел бы обсуждать работу доктора Эллиса. Я объяснил, что не являюсь экспертом по части его трудов. Я ушел из индивидуальной психотерапии 25 лет назад, потому что она казалась мне слишком ограниченной; кроме того, я сказал, что мои знания в области когнитивной терапии ограничиваются информацией из двух книг Аарона Бека, прочитанных в то время, когда мы вместе работали в Университете штата Пенсильвания, да еще тем, что я в течение года играл в покер с Мартином Селигманом. Я сказал Зейгу, что, ввиду своей недостаточной осведомленности о предмете, я предпочел бы не вступать в дискуссию по поводу работы д-ра Эллиса.

Зейг настаивал. Понимая иррациональность его убеждения в том, что я должен выступить, я решил категорически отказаться. Я сказал: “Я буду глупо выглядеть в глазах сотен, а может быть, и тысяч людей”. А поскольку я думал, что выступления будут записываться на видео пленку, я добавил: “Это превратится в документ, демонстрирующий мою некомпетентность будущим поколениям”. Мой голос по телефону дрожал, я покрылся потом.

Зейг отвечал твердо. “Счастье, — сказал он, — это награда за отказ от излишней предусмотрительности и тревожности”. Он сказал, что мне следует пересмотреть свои убеждения относительно того, что я должен блистать перед аудиторией. Он уверенно заявил, что мне нет нужды быть любимым — я всего лишь пред-



почитаю это. Я начал колебаться. Я подумал и решил, что, возможно, и не буду выглядеть полным идиотом, и что, хотя я и предпочел бы блистать и греться в лучах восхищения, я, может быть, все же не умру от стыда.

Но в то время, как я говорил...

Я почувствовал тяжесть в веках. Моя левая рука стала парить в воздухе. Мое подсознание знало, что директива Зейга не была однозначно директивной. Я впал в транс. Я гнался за двумя лисами и не мог их догнать. Остановившись под деревом, я посмотрел на его листья. И проснулся. Я вспомнил психоанализ и подумал, что две лисы — это, конечно, Зейг, помноженный на два. Буква “F” — это первая буква в словах “лиса” (англ. — fox) и “отец” (англ. — father) — отец Зейга. Дерево, разумеется, олицетворяло собой Милтона Эриксона). Как ни странно, я расслабился.

Я поговорил с женой, с которой у нас одинаковые системы взглядов и теперь уже общая память. Я попросил ее совета. “Что мне делать со склонностью автора все чрезмерно упрощать, все пытаться сделать абсолютно ясным и определенным до смешного?”

Она уверенно ответила: “Ты должен ответить ему как семейный терапевт. На упрощения — усложнением, на ясность — запутанностью, на однозначность — неопределенностью и многозначностью”.

Как семейный терапевт я согласился с ней. Я был готов к выполнению задачи.

С некоторыми из теоретических построений д-ра Эллиса я согласен — например, с тем, что касается взаимного влияния когнитивного, эмоционального и поведенческого аспектов, а также того, как системы убеждений влияют на формирование смыслов. Я вижу и круговую взаимосвязь между целями, убеждениями и следствиями, и важную роль иррациональных убеждений в построении жестких требований. Я думаю, что, по сути, все психотерапевты являются конструктивистами. Но мне трудно представить себе мир, в котором люди ясно видят, как четко определенные активизирующие события ведут к образованию дифференцированных убеждений, вызывающих недвусмысленные следствия.

В моем мире — мире человека и семейного терапевта — есть многочисленные контексты, в которых существуют значимые люди, вызывающие активизирующие события, которые часто вступают в противоречие друг с другом. Моя система убеждений и мои реакции варьируют в зависимости от социального контекста.

Как семейный терапевт я понимаю, что сейчас противопоставляю свою ригидность ригидности Эллиса, свой способ мышления и видения мира — его способу. Мы действительно существуем в двух параллельных мирах. Я не думаю, что здесь есть место диалогу. Я думаю, что большее, на что можно рассчитывать — это обоюдное признание того, что мы оба являемся специалистами в своей области и можем помочь *некоторым* людям.

Я был на семинаре д-ра Эллиса, и на меня огромное впечатление произвели его чувство юмора и энергичность. И еще — его руки. Он работает ими, как дирижер. Его стаккато, его пунктуация обладают огромной силой. Еще я видел, как он проводил беседу с коллегой, который добровольно на это согласился. Я видел, что он умеет подстраиваться. Он умеет по-доброму “подталкивать”. Иногда он одновременно и убеждает, и “подталкивает”. Иногда он становится добродушным “дядей Альбертом”. Поэтому я признаю то, чего не увидел при прочтении его работы: д-р Эллис — психотерапевт. Читая его доклад, я чувствовал, что в нем “не хватает” психотерапевта и его влияния на пациента, но, наблюдая за тем, как он ведет беседу, я обнаружил и то, и другое.

Далее... Как семейный терапевт я обычно директивен. Я думаю, Зейг решил, что мне стоит высказаться, потому что в своей работе я так же способен на конфронтацию, как д-р Эллис. Еще я могу быть таким же обольстительным и убедительным, как он. Но иногда я совсем не проявляю директивности. Я могу повлиять на фобию пациента, работая со всей его семьей и с вопросами близости и контроля в ней, а вовсе не со смыслом фобии. Или же я могу придать симптому множественные смыслы, таким образом приводя пациента в замешательство. Я могу сказать человеку, одержимому фобией: “Ваша фобия вам не принадлежит — она принадлежит Вашим родителям”. Я передаю управление симптомом в руки других членов семьи. Или я смещаю на них локус контроля. Я никогда не уверен, что получу ответы на все вопросы или что вмешательство всегда уместно. Я всегда в сомнении, поэтому часто выходит, что я стреляю из пушек по воробьям. Я использую массу различных способов воздействия на симптом. Я вижу психотерапию как диалог, в ходе которого я имею дело со сложными человеческими системами, где одно и то же активизирующее событие по-разному отражается на членах семьи, у каждого из которых свои потребности; поэтому реакция на него может

быть у всех одинаковой, а может быть и разной; кроме того, реакции разных членов семьи могут вступать в конфликт друг с другом. После того, как я проработал психотерапевтом 39 лет (наверное, столько же, сколько д-р Эллис), моя уверенность в существовании панацеи сильно уменьшилась. На семинарах, которые я посетил в течение последних трех дней, на меня большое впечатление произвела определенность, с которой мы описываем наши глубинные убеждения. Но на самом деле, чем дольше я работаю, тем меньше у меня становится определенности. Поэтому я одновременно и завидую определенности, существующей для доктора Эллиса, и ставлю ее под вопрос\*.

## Ответ доктора Эллиса

Я отвечу очень кратко, потому что мне сегодня с утра не везет: нечистая сила одолела. Сначала кончилась батарейка в часах; потом кончилась батарейка в слуховом аппарате, поэтому я плохо слышал, что говорил д-р Минухин. Но позвольте мне ответить на некоторые, по-моему, присутствовавшие в его выступлении положения. Первым его замечанием, кажется, было то, что в своей теории я слишком определен и категоричен, а на деле, в своей работе на семинаре, я достаточно эмоционален, я по-доброму “подталкиваю” людей и делаю все это энергично и с чувством юмора. Я думаю, моя эмоциональность его удивила.

На самом деле никакого противоречия здесь нет, поскольку многие люди ошибочно ставят знак равенства между рациональным и неэмоциональным. Однако рациональное — как я определяю его в РЭТ — значит *уместно эмоциональное* — то есть, когда что-то не ладится, вы чувствуете уместные печаль, досаду, сожаление, а когда все в порядке, вы чувствуете уместные радость и удовольствие. Используя РЭТ, вы не будете чувствовать неуместный ужас, когда что-то у вас не выходит. Я и сейчас считаю и могу подтвердить это фактами, что чувства и поведение людей, общающихся с собой при помощи абсолютистских требований и команд, ради-

---

\*Как организатор конференции, редактор приносит благодарность д-ру Минухину за его отзыв о работе д-ра Эллиса. Как практикующий эриксоновский психотерапевт, редактор чрезвычайно благодарен д-ру Минухину за наглядный пример использования косвенных методов воздействия и общения и надеется, что в будущих снах лисы будут зазывать его к себе... — *Прим. Дж. К. Зейга.*

кально отличаются от чувств и поведения людей, которые дают самим себе право выбирать.

Рационально-эмотивная терапия часто неправильно понимается из-за того, что я, может быть, к несчастью, использовал в ее названии слово “рациональная”. Много лет назад я хотел назвать ее реальность-терапией. Но потом я сказал себе: “Практически любая терапия пытается помочь клиенту войти в контакт с реальностью. Было бы наглостью с моей стороны назвать РЭТ реальность-терапией”. Поэтому я оставил название “рационально-эмотивная терапия”. Но слово “рациональная” часто вызывает у людей у людей такие ассоциации, которых оно не вызывает у меня. В РЭТ оно в основном означает способность помочь самому себе и социальную конструктивность. Следовательно, РЭТ не только рационально, логично и последовательно показывает людям, как расправляться с догматическими требованиями к себе, она, кроме того, еще и является совокупностью сильнодействующих эмотивных, пробуждающих творчество техник. Возможно, РЭТ — самый эмотивный из всех видов когнитивно-бихевиоральной психотерапии. Такая высокая степень эмотивности неслучайна, поскольку, как показывают наблюдения РЭТ-терапевтов, люди весьма *горячо* отстаивают свои предрассудки, что очевидно и на этой конференции. Выступающие горячо привержены своим предрассудкам и ни за что не согласны от них отказаться. Если клиентам нужна помощь (давайте допустим, что обычно они приходят к нам за помощью), то психотерапевт не может просто вести себя спокойно, сдержанно и мило. Подобный терапевтический подход, конечно, часто приносит клиентам удовольствие и помогает *почувствовать* себя лучше. Однако им не *станет* по-настоящему лучше, если психотерапевт не покажет, как можно энергично и эмотивно избавиться от приверженности своим требованиям — ведь эти требования так прочно укореняются благодаря постоянному “подтверждению”. Вред дисфункциональных убеждений заключается в их *силе*, а не только в их алогичности.

Доктор Минухин упомянул о том, что я “подталкиваю” клиентов — да, я это делаю. Я это делаю, в некотором смысле, вслед за Альфредом Адлером, который был блестящим когнитивным психотерапевтом и который тоже воодушевлял и подталкивал людей. Я делаю то же самое. Я подталкиваю людей потому, что считаю (и это может показаться странным), что психотерапия — это, в большой степени, обучение. Взаимодействие с клиентом на-

правлено на то, чтобы научить его помогать самому себе. К несчастью, люди часто не хотят отказаться от своих дурацких убеждений. Поэтому, если их не подталкивать, а нянчить, они будут чувствовать себя хорошо, но не будут стараться измениться.

Для того, чтобы помочь человеку измениться, его часто надо толкать, толкать и толкать; и при этом надо использовать все возможные модальности, включая (здесь, я думаю, я согласен с доктором Минухиным) личность самого психотерапевта. Если психотерапевт мягкотел и ведет себя как вожатый бойскаутов (а так ведут себя многие психотерапевты), я не думаю, что его работа пойдет на пользу. Не используя силу своей личности, не подталкивая, вы не сможете помочь тем, кто изо всех сил толкает в неверном направлении. Вы далеко не уйдете, если не будете использовать все мыслимые и немыслимые когнитивные, эмотивные и бихевиоральные техники!

## Вопросы и ответы

**Вопрос:** Д-р Эллис, мне кажется интересным использование слова “бессознательное” в контексте РЭТ. Как вы определяете бессознательное? И второе, считается ли в РЭТ, что необходимо сделать бессознательное сознательным для того, чтобы с ним можно было работать?

**Ответ:** Очень хороший вопрос. Фрейд не был создателем концепции бессознательного. Люди забыли, что один профессор психологии, его звали, кажется, Уильям Гартман, примерно в 1870 году написал большую книгу под названием “Психология бессознательного”. Кроме того, многие драматурги и романисты писали о бессознательном еще в XVIII веке. Но Фрейд, к сожалению, произвел на свет идею глубинного, подавленного бессознательного. Я бы сказал, что этим он увел процесс изучения этого феномена далеко в сторону. Подавленного в человеческой психике совсем немного, но зато, как показывают последние исследования, тысячи неосознаваемых вещей находятся непосредственно у порога сознания. Вы действительно думаете, формируете убеждения и чувствуете, не осознавая этого, но при этом нет необходимости глубоко копать, чтобы добраться до существенных бессознатель-

ных установок — таких, как убеждения человека относительно того, что он должен или обязан делать.

Совершенно очевидно, что Фрейд имел в виду, говоря о предсознательных мыслях и чувствах. Предсознательное — хороший термин; один из лучших, придуманных Фрейдом. К сожалению, Фрейд от этого понятия отказался, что еще раз подтверждает мое мнение о том, что Фрейд от природы был человеком неэффективным, тогда как в некоторых других психотерапевтах есть природная эффективность.

Так что, если за тем, что вы делаете, стоит какая-то философия, а делаете вы нечто дисфункциональное, но в чем заключается дисфункциональность вашей философии, вы точно не знаете, следуйте принципу: “Ищите и обрящете”. Опираясь на теоретическую основу, такую, как теория РЭТ, предположите, что вы пытаетесь обнаружить предсознательную “тиранию долженствований” (“tyranny of the shoulds”), как называла ее Карен Хорни. Предположите далее, что у клиентов с нарушениями существуют абсолютистские представления о долженствовании, а затем проверьте ваше предположение на каждом из клиентов. Проверив его, вы обнаружите, что хотя и не всегда, но в большинстве случаев клиенты с легкостью усваивают эти предсознательные представления. Когда клиенты говорят: “Я ужасно боюсь выступать перед публикой”, — я спрашиваю: “Что Вы говорите себе такого, что заставляет Вас бояться?”. Они отвечают: “Я не люблю терпеть поражение”. Тогда я спрашиваю: “Это все?”. Они либо сразу же отвечают: “Я говорю себе, что я не должен потерпеть поражение”, — либо я задаю вопрос: “Разве Вы не говорите себе, что Вам это не нравится и Вы не должны потерпеть поражение?” И тогда они немедленно отвечают: “Именно так! Я не должен потерпеть поражение!”

Таким образом, большая часть того, что мы называем бессознательным и, в особенности, искаженным бессознательным, на самом деле находится в преддверии сознания и легко может быть выведено на поверхность при помощи вопросов. В большинстве случаев клиенты признают наличие этих неосознаваемых мыслей, если их ясно выразить. Не стоит думать, что необходимо каким-то загадочным эриксоновским способом косвенно подбираться к подсознательному; в этом нет необходимости. Прямые вопросы помогают признать наличие бессознательных или предсознательных “должен” и “обязан” в течение приблизительно трех минут. Иногда

подсознательный материал глубоко вытеснен; в таких случаях можно догадаться о его содержании по другим показателям, включая поведенческую и эмотивную информацию. Если вы подозреваете его наличие, не останавливайтесь, и, скорее всего, вы его обнаружите. Тем не менее, в подавляющем большинстве случаев то, что мы называем бессознательным, состоит из невысказываемых, подразумеваемых предсознательных представлений. Лишь в очень редких случаях они глубоко сокрыты или вытеснены.

**Вопрос:** Сначала комментарий. Я согласен с доктором Минухиным: то, что здесь происходит, — не диалог. Мне это напоминает параллельную игру. Я понимаю, что риску показаться человеком, считающим, что ничего нового под солнцем быть не может, и атакующим Ваше убеждение в том, что Вы “должны” заработать себе лавры своим выступлением. Мне кажется, что многое из того, что Вы говорите, похоже на теорию Адлера. В чем разница между тем, что Вы описали, и идеей Адлера о том, что ранняя структура восприятий впоследствии проигрывается человеком в жизни так, что события происходят в соответствии с его ожиданиями; то есть человек выбирает людей, с которыми он имеет дело, таким образом определяя свою судьбу?

**Ответ:** Если я правильно понял Ваш вопрос, Вы правы в том, что РЭТ во многом пересекается с подходом Адлера. Я сам говорил об этом в нескольких работах. Альфред Адлер был блестящим когнитивистом. Я являюсь членом Североамериканского общества адлерианской психологии уже двадцать лет и могу сказать, что Адлер был необыкновенно творческим теоретиком и психотерапевтом. К сожалению, он уклонился в сторону некоторых аспектов теории Фрейда, таких как необычайная важность ранних воспоминаний и раннего детства. И еще, он, может быть, слишком увлекся теорией стиля жизни. В РЭТ мы до определенной степени пересекаемся с Адлером, в особенности в вопросах когнитивизма. В теории Адлера есть довольно много бихевиоральных и даже эмотивных элементов, за исключением одного, ранее упомянутого мною — воодушевления и надежды. Он хорошо работал. Он был очень разумным. Он писал простым языком, без профессионального жаргона; писал, в основном, для широкой публики. К нашему несчастью, он — один из самых пренебрегаемых психотерапевтов всех времен. Он мыслил намного более трезво, чем Фрейд

с Юнгом, которые часто грешили неопределенностью и нетерапевтичностью. Я считаю, что нам следует относиться к Альфреду Адлеру с бóльшим почтением, чем это обычно делается.

**Вопрос:** С возрастом мы вырабатываем у себя защиты от сильного влияния родителей. Возникает впечатление, что при изменении человеческих убеждений не затрагиваются мощные защиты, возникающие у нас, когда мы уязвимы. Вы согласны с этим?

**Ответ:** То, что называется защитами, является одним из положительных аспектов теоретической системы Фрейда. И опять же, Фрейд не создал эту концепцию — он лишь развил ее, так же, как и его дочь Анна. Защита означает, что, когда человек чего-то стыдится, например, того, что он ненавидит свою мать, или же что он хочет половой близости с ней, он ужасается своим мыслям или поведению. Поэтому, говорил Фрейд, люди сооружают многочисленные защиты, чтобы не иметь дела с “постыдным”.

Фрейдисты часто демонстрируют клиентам их защиты. Но инсайт не способствует отказу от иррациональных убеждений, заставляющих выставлять эти защиты. Подоплекой этих защит может быть убеждение: “Я не *должен* ненавидеть свою мать.”, “Я не *должен* думать о сексе с матерью!” — или другие абсолютистские требования к себе. Давая себе такую команду, вы испытываете чувства вины и подавленности и отказываетесь иметь дело с тем фактом, что вы ненавидите свою мать или хотите вступить с ней в сексуальную связь. РЭТ-психотерапевты согласны с фрейдистами в том, что таким образом проявляется защита, но они к тому же задают вопрос: “Что из того, что вы себе говорите, вызывает у вас чувства вины и подавленности?” Чувства стыда, вины, подавленности — постоянные спутники защит. Поэтому в РЭТ мы отыскиваем иррациональные убеждения, заставляющие человека испытывать стыд, уныние и душевный раздрыг, и помогаем изменить эти чувства, таким образом избавляя человека от того, что вызывает у него защитную реакцию. Фрейд ошибочно полагал, что если показать человеку, что у него есть защита, он сам от нее откажется. Но это не так. Кроме этого, нужно пробраться к ядру философских убеждений, являющихся почвой, на которой вырастают защиты. Именно это не удалось Фрейду, но удалось Адлеру. Показывая людям, что защиты образуются вследствие определенных причин и что причины эти чаще всего заключены в философии са-



мообвинения, РЭТ, так же, как и адлерианская психотерапия, помогает вывести эту философию на чистую воду и эффективно изменить ее.

**Вопрос:** Мой вопрос относится скорее к психотерапевтическому процессу как таковому, чем к теоретической области. Вы сказали, что системы иррациональных убеждений присущи людям от природы и что большинство психотерапевтов, присутствующих на конференции, уедут домой с теми же предрассудками, с которыми сюда приехали. Меня интересует процесс оспаривания иррациональных убеждений психотерапевтом. Считаете ли Вы, что психотерапевты — люди рациональные? Мне кажется, что у меня есть свои собственные представления о том, что рационально, а что — нет. Относительно каких-то очевидных вещей проблемы быть не должно, но меня волнуют более тонкие различия, которые могут возникнуть при работе с клиентом.

**Элис:** Вы считаете (так же считает и РЭТ), что “рациональное” значит “логичное”, что на любой вопрос существует какой-то реалистичный и рациональный ответ, который известен психотерапевту и неизвестен клиенту, а также, что психотерапевт дает клиенту этот “рациональный” ответ. Если психотерапевт не в состоянии разглядеть того, что клиент наносит вред самому себе, если он не может понять, что клиент думает иррационально, испытывает неадекватные чувства, совершает дисфункциональные поступки, выводящие его из равновесия — тогда этому психотерапевту лучше перекавалифицироваться в землекопы!

Дело не в том, что психотерапевт знает, что рационально, а что — нет, а клиент этого не знает. Клиент может подходить ко многим вещам более рационально, чем психотерапевт. Иногда мне в качестве клиентов попадаются профессора, преподающие логику, у которых дела с этой наукой обстоят намного лучше моего. Но они убеждены, что если они плохо прочтут лекцию — а они этого сделать ни в коем случае не *должны* — значит, они *никуда не годятся*. Я не спорю с ними по поводу логики; они разбираются в ней лучше, чем я. Я им просто говорю: “Когда Вы плохо читаете лекцию, нет нужды доказывать, что это печально и досадно, потому что своим желанием сделать все хорошо вы *превращаете* неудачу в событие печальное и досадное. Вы же хотите доказать — или опровергнуть, — что вам *необходимо* преуспеть для того, что-

бы не оказаться никуда не годным созданием”. До сих пор ни одному из них не удалось продемонстрировать мне ни того, что нечто является абсолютно необходимым, ни того, что, если это нечто не произойдет, последствия будут такими ужасными, как они себе это представляют!

В РЭТ оспариваются только те нереалистичные или иррациональные Убеждения, которые идут вразрез с собственными интересами клиента. Но нас интересует не только логичность. Мы применяем многочисленные когнитивные, эмотивные и бихевиоральные техники оспаривания. Я утверждаю, что у невротиков (в отличие от тех, кто находится в пограничном состоянии, и от психотиков) почти всегда присутствует “тирания долженствований”, как точно назвала ее Хорни в 1950 году. Эту идею я позаимствовал у нее. Но я думаю, у нее не было хорошего метода, который помогал бы людям избавляться от этих довлеющих над ними долженствований. РЭТ же не только показывает людям, что у них есть непомерные требования к самим себе (“Я должен все делать хорошо!”, “Ты должен ко мне хорошо относиться!”, “Жизнь должна давать мне то, чего я хочу!”), она также учит, как от них отказаться. А если они не хотят этого делать, им предоставляется полная свобода продолжать жить со “схавшей крышей”!

**Минухин:** Я думаю, что доктор Эллис не ответил на этот вопрос. У него спрашивали о том, как сделать так, чтобы точка зрения психотерапевта была значима для клиента, чтобы психотерапевт мог убедить клиента в том, что какое-то убеждение иррационально. Между двумя точками зрения происходит диалог. Психотерапевт — эксперт и находится в позиции убеждающего. В диалоге участвуют мнение психотерапевта и мнение клиента. Я считаю, что д-р Эллис прекрасно умеет убеждать, и с ним трудно спорить. Но все же на вопрос, касающийся значимости точки зрения психотерапевта для клиента и того, как психотерапевт может повлиять на изменение точки зрения клиента, он не ответил.

**Эллис:** Я плохо расслышал сказанное. Мой слуховой аппарат снова не работает.

**Минухин:** Интересно, что я не могу расслышать точку зрения доктора Эллиса, а он плохо слышит то, что говорю я. Мне кажется, что мы с ним играем в потрясающую параллельную игру.

**Эллис:** Позвольте мне повторить то, что, как мне показалось, Вы сказали. Мне кажется, Вы сказали, что у меня есть определенная точка зрения, и я о ней определенным образом заявлю, после чего я могу убедить клиента в том, что это и его точка зрения; следовательно, у меня эффективно получается довести до клиента мою “рациональную” точку зрения.

**Минухин:** Да, все правильно.

**Эллис:** Ну, вот. А ответ на вопрос таков: на сегодняшний день проведено более 500 экспериментальных исследований в области РЭТ и когнитивно-бихевиоральной терапии (Lyons & Woods, 1991). (Я осуществил только один из этих экспериментов — самый первый, много лет назад; все остальные исследования проводились другими людьми). Психотерапевты, прошедшие обучение у нас, у Аарона Бека или у Дона Мейхенбаума, помогали людям подвергнуть сомнению, развенчать свои иррациональные убеждения и отказаться от них. Почти все исследования показывают, что когда люди берут свои иррациональные убеждения (или, как называет их Тим Бек, “дисфункциональные установки” — это всего лишь другое название иррациональных идей и установок) и изменяют их, происходят существенные улучшения. Большое количество эмпирических данных подтверждают это. Поэтому дело вовсе не в моих личных качествах и не в том, как я могу убедить клиента.

Исследования, о которых я говорю, — это не описания историй болезни, а научные работы. Только чистая бихевиоральная терапия изучена больше, чем рационально-эмотивная и когнитивно-бихевиоральная. За все годы накопилось очень небольшое количество работ, изучавших эффективность психоанализа и других видов психотерапии, включая семейную терапию, тогда как в РЭТ и в КБТ проведено 500 исследований. Таким образом, для РЭТ и КБТ не важно, какие из убеждений клиента психотерапевт *лично* считает “рациональными” или “иррациональными”.

**Вопрос:** Вопрос д-ру Минухину. Не могли бы Вы прокомментировать сходства между рационально-эмотивной терапией и концепцией дифференциации интеллектуальной и эмоциональной систем, выдвинутой Мюрреем Боуэном?

**Минухин:** Думаю, что не мог бы.

**Эллис:** Ну, что же, тогда я попробую. Я не помню теорию Боуэна целиком, но она во многом пересекается с РЭТ, потому что, насколько я понимаю, Боуэн был системным психотерапевтом. Но его системный подход отличался от нашего. Он считал, что система семьи часто поглощает человека. Поэтому он помогал людям индивидуироваться. Индивидуация — хорошее понятие, введенное Карлом Юнгом. Боуэн освобождал людей от “привязанности” к системе семьи, что согласуется с РЭТ, где мы пытаемся освободить человека от уз любой системы. РЭТ учит людей эффективно существовать *внутри* системы, мирно сосуществовать с членами семьи и с другими людьми в системе. При этом мы помогаем им осознать, что для них не является жизненно важным получать любовь и одобрение от других членов системы, потому что, если получение любви и одобрения становится самоцелью, человек впадает в рабскую зависимость от других людей. Думаю, что в этом отношении наш подход во многом совпадает с подходом Мюррея Боуэна.

**Минухин:** Я с этим не согласен. Эта концепция дифференциации присуща самым разным видам психотерапии: она универсальна. Системные психотерапевты, бихевиористы и даже психоаналитики в некоторых вещах согласны друг с другом. Однако о различиях между РЭТ и теорией Боуэна можно было бы написать многие тома. Поэтому я и не хотел пытаться ответить на вопрос. Мюррей Боуэн совершенно иначе подходил к вопросу дифференциации. Его методы воздействия были настолько отличными от методов воздействия РЭТ, что не имеет смысла даже обсуждать различия.

Мне трудно расслышать, что говорите Вы, д-р Эллис, а Вам не слышно меня, и я думаю, это — символ того, что мы живем в двух разных мирах. Я думаю, что мы не слышим друг друга из-за того, что говорим на разных языках.

**Вопрос:** Д-р Эллис, не могли бы вы рассказать об использовании РЭТ при работе с детьми и (или) подростками?

**Эллис:** Исходно предполагалось, что РЭТ будет использоваться при работе со взрослыми, но ее могли использовать и родители,

и со временем многие взрослые стали применять РЭТ к своим детям. Они рассказывали мне о том, как им удавалось отучить способных детей даже четырехлетнего возраста от привычки требовать и командовать и что это способствовало улучшению эмоционального состояния и поведения детей.

В 1966 году я написал книгу об использовании РЭТ в семейной и детской психотерапии под названием “Как вырастить эмоционально здорового, счастливого ребенка”. С 1971 по 1975 год в нью-йоркском Институте рационально-эмотивной психотерапии проводились занятия для детей, на которых мы преподавали РЭТ. Психотерапевты обучали преподавателей, а преподаватели рассказывали детям, как использовать РЭТ. За пять лет мы выяснили, что такое обучение было весьма эффективным, хотя у нас и не было контрольной группы, поскольку в нашей школе было всего два маленьких класса, и в обоих использовалась РЭТ. С тех пор проведено уже около двадцати эмпирических исследований, показывающих, что преподавание РЭТ учителями, родителями или психотерапевтами существенно уменьшает вероятность возникновения нарушений у детей. Если Вы хотите больше узнать об этом, прочтите книгу, редакторами которой были я и Майкл Бернارد (Ellis & Bernard, 1983), под названием “Рационально-эмотивный подход к проблемам детства”. Майкл Бернارد и Мария Джойс (Bernard & Joys, 1984) также опубликовали работу “Рационально-эмотивная терапия при работе с детьми и подростками”, а доктор Энн Вернон (Vernon, 1989) написала книгу “Мышление, ощущения и поведение”, в которой приводятся упражнения для преподавателей и родителей, помогающие им обучать детей использованию РЭТ.

Сначала я думал, что нам удастся обучить рационально-эмотивной терапии детей 6—7 лет. Выяснилось, что научить их можно, но использовать РЭТ они не будут. Пиаже был прав в том, что дети не достигают стадии формальных операций до восьмилетнего возраста. Мы обнаружили, что дети старше восьми лет могут не только усваивать, но и использовать РЭТ, в результате чего они приобретают способность лучше переносить фрустрацию и сохранять состояние психологического комфорта. Если Вы выпишете каталог нашего института (адрес: 45 East 65<sup>th</sup> Street, New York NY, 10021), вы увидите, как много материалов мы опубликовали для детей и о детях. Мы обнаружили, что, несмотря на то, что легче оспариваются иррациональные убеждения детей старшего возраста, даже у маленьких почти не возникает проблем с придумыва-

нием адекватных ситуации утверждений. Начиная с 12—14 лет можно использовать обычную когнитивную, эмотивную и бихевиоральную РЭТ.

**Минухин:** Я всю жизнь работаю с детьми. Сначала я был детским психиатром, потом стал детским психоаналитиком. Я отошел от всего этого, потому что понял, что нельзя работать с детьми, не работая с их семьями. Идея о том, что возможно проводить психотерапию с детьми, не работая с семьей — признак ограниченности видения психотерапевта. Детская психотерапия — это семейная терапия. РЭТ, психоанализу и любому другому виду терапии доступны определенные методы воздействия, но это воздействие должно производиться только в рамках работы с семьей в целом. Я не представляю, как можно работать с детьми, не включая в этот процесс родителей.

**Эллис:** Я согласен, что предпочтение должно отдаваться совместной работе с родителями и детьми, однако РЭТ, примененная психотерапевтами и учителями, тоже часто помогала детям.

## Литература

Bernard, M. E., & Joyce, M. R. (1984). *Rational-emotive therapy with children and adolescents*. New York: Wiley.

Ellis, A., & Bernard, M. E. (Eds.). (1983). *Rational-emotive approaches to the problems of childhood*. New York: Plenum.

Ellis, A., Wolfe, J. L., & Moseley, S. (1966). *How to raise an emotionally healthy, happy child*. North Hollywood, CA: Wilshire Books.

Lyons, L. C., & Woods, P. J. (1991). The efficacy of rational-emotive therapy: A quantitative review of the outcome research. *Clinical Psychology Review*, 11, 357—369.

Vernon, A. (1989). *Thinking, feeling, behaving: An emotional education curriculum for children*. Champaign, IL: Research Press.

## Джозеф Вольпе НА ПУТИ К СОЗДАНИЮ НАУЧНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ\*

*Джозеф Вольпе получил степень доктора медицинских наук в 1948 году в йоханнесбургском Университете Уитуотерсенд (Южная Африка). Ему присвоено звание Заслуженного профессора психиатрии. Д-р Вольпе возглавлял кафедру бихевиоральной терапии на медицинском факультете Университета г. Темпле (США). Сейчас он является профессором психиатрии в Медицинском колледже штата Пенсильвания. Вольпе — автор трех книг и редактор еще двух. Его перу принадлежит более 200 статей; кроме того, он является одним из создателей “Журнала бихевиоральной психотерапии и экспериментальной психиатрии”. Американская психологическая ассоциация удостоила д-ра Вольпе награды за особые заслуги в прикладной психологии.*

*Вольпе убедительно говорит о необходимости широкого применения бихевиоральных техник в психиатрии. В своем выступлении он рассматривает мифы о своей школе и неверные толкования ее психологических концепций, а также приводит примеры из своей практики и результаты исследований.*

Самое замечательное в этой замечательной конференции — это широта спектра обсуждаемых вопросов. Перед нами выступают авторитетные фигуры, и каждый из выступающих предлагает свою точку зрения, настаивая на том, что его подход является единственно верным. Сторонний наблюдатель с удивлением обнаружил бы, что это вавилонское столпотворение и есть результат эволюции психотерапии. Эволюция предполагает изменение и рост, независимо от того, идет ли речь об организме, системе или технологии. В этом смысле химия претерпела эволюцию в прошлом веке, раз-

---

\*Некоторые разделы этого доклада взяты из статьи “Неверные толкования и недостаточное использование бихевиоральной терапии”, опубликованной в журнале “Психиатрия” (Comprehensive Psychiatry, 1986, 27, 192—200)

вив и дополнив свои исходные концепции. Эволюция этой науки стала возможной благодаря систематическому накоплению эмпирических данных, позволивших проверить правильность взглядов и расширить их. Произошел рост единой науки — химии, — а не двух или трех борющихся за признание систем внутри нее. Результатом этого роста стало усиление этой области знаний как целого и расширение возможностей ее применения на пользу человека. То же самое можно сказать относительно физики и ботаники, а также — в общем — относительно дисциплин, связанных с исцелением. Однако психотерапия среди последних является досадным исключением. Вместо единой разветвленной системы проверенных гипотез, она представляет собой донаучное смешение существенно отличающихся друг от друга точек зрения, которые, в свою очередь, сами раздроблены на отдельные направления. К тому же Калифорния ежегодного поставляет нам плоды нового урожая психотерапевтических теорий.

Почему это происходит? Часто в ответ на этот вопрос психиатры сами себя успокаивают, что все дело тут в сложности человеческой психики. Однако человеческий организм также очень сложен, как и вообще все живое. Следует признать, что непродуктивной нашу науку делает отсутствие концептуальной дисциплины. Настоящая причина того, что психотерапия в своей эволюции отстала от других областей знания, заключается в том, что психиатры часто оказываются заложниками собственного успеха. Как давно известно, любой психотерапевт может добиться полного выздоровления или существенного улучшения состояния пациентов в 40—50% случаев (Landis, 1937; Wilder, 1945; Eysenck, 1952). Вполне естественно, что человек, помогающий ослабить страдания большому количеству пациентов, чувствует себя уверенным в своей правоте и может даже весьма воинственно ее отстаивать. Для него абсолютно нормально приписывать успех методам, которыми он пользуется. Но факт остается фактом: процент выздоравливающих пациентов практически одинаков при использовании любого вида психотерапии, а значит, успешность связана не с применением конкретных методов, а скорее с каким-то процессом, который всегда имеет место при психотерапевтическом воздействии, независимо от того, к какой школе принадлежит психотерапевт. Этот процесс, очевидно, связан с эмоциональным воздействием психотерапевта на пациента. Психоаналитики называют его “переносом”. Так или иначе, никто не может говорить о превосход-



стве своего психотерапевтического подхода перед всеми остальными, если ему не удалось добиться существенно более высокого процента выздоровлений или ускорить процесс выздоровления.

На сегодняшний день такими результатами может похвастаться только бихевиоральная терапия. Умелый бихевиоральный психотерапевт помогает выздороветь или существенно улучшить свое состояние 80 процентам пациентов в среднем за 25 сеансов, при этом практически исключено возникновение рецидивов или новых симптомов (Wolpe, 1958; Paul, 1969). В 1973 году специальная исследовательская группа, сформированная Американской психиатрической ассоциацией, на основании проверенных данных пришла к выводу, что “бихевиоральная терапия может внести ценный вклад в современную клиническую и социальную психиатрию”.

Однако успехи бихевиоральной терапии не получили должного признания (Andrews, 1984; Brady, 1973; Brady & Wiencowsky, 1978; Latimer, 1980). В основном это связано с существованием неверных представлений о ней. Широко распространено мнение о том, что бихевиоральная терапия склонна к упрощениям, что ее мало заботят человеческие чувства и достоинство и что она полезна только при фобиях и несложных сексуальных проблемах. Такие представления вырастают на почве дезинформации, имеющей множество источников.

В этом выступлении я намереваюсь сделать следующее: 1) рассказать о некоторых источниках, распространяющих не соответствующую действительности информацию о лечении невротиков с помощью бихевиоральной терапии; 2) сделать краткий обзор практики диагностики и лечения; 3) ознакомить вас с результатами последних исследований; 4) показать, как бихевиоральная терапия может использоваться при лечении комплексных невротиков; 5) рассмотреть возможные последствия полноценного применения всего арсенала бихевиоральной терапии.

## **Источники дезинформации**

Дезинформация относительно бихевиоральной терапии имеет долгую историю. Уже само появление этого вида психотерапии вызвало большое недовольство в психотерапевтических кругах. В своем семистраничном отзыве на мою книгу “Психотерапия посредством реципрокного торможения” (Wolpe, 1958) Эдуард Гловер

(Glover, 1959) объявил неверным практически все, что в ней было сказано — от параллелей между невротами у человека и животных до неприятия того, что Гловер назвал “психологическими инсайтами болезненного происхождения”. В своей критической статье Гловер допустил множество фактических ошибок, например, причислив метод “прикосновения” к разряду бихевиоральных.

С тех пор искажение фактов, часто с весьма пренебрежительной окраской, стало правилом (например, см.: Rotter, 1959; Patterson, 1966; Locke, 1971). И до сего дня практически все авторы-небихевиористы, часто включая даже тех, кто считается непредвзятыми судьями в области психотерапии (например, Франк (Frank, 1973), Бергин (Bergin, 1971), Страпп (Strupp, 1978) и Гарфилд (Garfield, 1981)), принижают заслуги бихевиоральной психотерапии, игнорируя данные, говорящие в ее пользу. Мармор, в центральной главе книги, написанной с целью примирить бихевиоральную психотерапию с психоанализом (Marmor & Woods, 1980), допустил несколько серьезных ошибок, например, сказав, что бихевиоральные психотерапевты “считают, что субъективные процессы, происходящие внутри пациента, не имеют значения; важно лишь то, как он себя ведет” (p. 44).

В последние годы исказить информацию стали и люди, имеющие отношение к бихевиоральной терапии — так сказать, “посвященные”. Первым из них это сделал Арнольд Лазарус (Lazarus, 1971), ставший воинствующим очернителем бихевиоральной терапии около 15 лет назад. Его отказ от использования этого вида психотерапии основывался на том, что у 36% из 112 пациентов, которых он лечил при помощи якобы бихевиоральной терапии, имели место рецидивы. Давайте сравним результаты, полученные Лазарусом, с результатами исследования Поля (Paul, 1969, p. 159), который обследовал около 1000 больных, лечившихся у 90 психотерапевтов. Поль пишет: “Следует отметить весьма низкий процент рецидивов или смены симптомов, хотя большинство авторов много говорят об этих проблемах”. Итак, Лазарус обвинял в высоком уровне рецидивов бихевиоральную терапию в целом, хотя этот высокий уровень наблюдался лишь в его практике (Wolpe, 1984c). Намного более серьезный вред этому направлению нанес британский психиатр Исаак Маркс (Marks, 1976), который в своем обращении к Американской психиатрической ассоциации в 1975 году сказал, что “применяемая в качестве основного средства воздействия, бихевиоральная терапия может помочь приблизительно

10% взрослых амбулаторных пациентов”. Несмотря на отсутствие доказательств, Маркс, как в частных беседах, так и в печати, в течение многих лет продолжал на этом настаивать. Позднее “когнитивисты” (Beck, 1976; Ellis, 1974; Mahoney, 1977) вернулись к идее о том, что бихевиоральная терапия склонна к упрощению и механистичности. Они предлагали использовать определенные идиосинкретические когнитивные техники, которые, как они говорили, должны были усовершенствовать результаты бихевиорального воздействия. (Следует заметить, что исследование, проведенное Латимером и Суитом (Latimer & Sweet, 1984), не подтвердило эту точку зрения.) Одновременно когнитивисты утверждают, что стандартная бихевиоральная терапия не обращает внимания на мысли и чувства. Бек (Beck, 1976), например, говорил, что бихевиоральные психотерапевты “просеивают” информацию, касающуюся установок, убеждений и мыслей пациента”. Это напоминает слова Мармора, которые я привел выше, однако тот факт, что Бек имеет отношение к бихевиоральной терапии, делает вред, наносимый подобными его высказываниями, намного более серьезным.

## **Бихевиоральная терапия неврозов**

Мы принципиально согласны с Фрейдом (Freud, 1933) в том, что тревожность\* является основой невроза. Мы определяем невроз как стойкую дезадаптивную привычку, главной составной частью которой является тревожность (Wolpe, 1958, p.32). Тревожность часто имеет и побочный результат (часто кажущийся пациенту основным симптомом), который может выражаться в сексуальной неадекватности, заикании, приливах крови, мигрени, навязчивом поведении, невротической депрессии или “экзистенциальных” проблемах. Избавление от привычной тревожной реакции влечет за собой избавление от этих вторичных ее проявлений (Wolpe, 1958, 1982).

Существует два вида невротического страха: классически обусловленный страх и страх когнитивного происхождения (Wolpe, 1981; Wolpe, Lande, McNally, & Schotte, 1985).

---

\*В этом выступлении термины “страх” и “тревожность” используются как синонимы, поскольку, с психофизиологической точки зрения, их невозможно различить. — *Прим. автора.*

## ***Классически обусловленный невротический страх***

Классически обусловленный страх может быть результатом как отдельного события в жизни человека, так и цепочки событий. Широко известный пример классически обусловленного страха — это военный невроз, однако среди гражданского населения такой страх встречается чаще. Вот один пример: в машину 34-летнего мужчины, пока он ждал зеленого сигнала светофора, врезался другой автомобиль. В момент аварии у пациента возник страх смерти. После этого инцидента он боялся находиться даже в неподвижном автомобиле. Этим страхом больной был одержим 4 года. Очевидно, что страх возник в результате классического автономного обусловливания (интерьер машины превратился в условный раздражитель), поскольку пациент абсолютно не ожидал опасности, сидя в машине.

В случаях экспериментально вызванного невротического страха у животных лечение часто заключается в торможении слабых реакций тревожности при помощи кормления (Wolpe, 1958); этот метод также бывает эффективным для борьбы с детскими неврозами (Jones, 1924). При работе со взрослыми чаще всего используют глубокое мышечное расслабление, обычно в контексте систематической десенситизации. Кроме того, эффективным оказалось вызывание у пациентов гнева, сексуальных и других реакций (Wolpe, 1982). В дополнение к вышеперечисленным используются и методы, основанные на других принципах, например метод “наводнения” (Wolpe, 1982).

## ***Невротический страх когнитивного происхождения***

Невротические страхи второй категории берут начало в ошибочных убеждениях. Многие *не-невротические* страхи, основание которых лежит в реальной жизни, связаны с убеждениями; они являются продуктом информации, а не классического обусловливания. Мы боимся молнии или неосторожных водителей не потому, что они когда-то нас сильно напугали, а потому, что знаем: они опасны. Страхи, вызванные *ошибочными* убеждениями, ничуть не менее неприятны. Мужчина может испытывать страх перед мастурбацией, потому что ему внушили, что она опасна для здоровья, а женщина может бояться сексуального возбуждения из-за страшных

историй, рассказанных ей ее матерью. Люди могут бояться червей, летающих насекомых, врачей или больниц из-за того, что их родители постоянно выказывали страх перед этими объектами. Некоторые неверные убеждения могут основываться на ошибочных выводах. Например, человек, испытывающий необычные, несвойственные ему ощущения, может сделать пугающий вывод, что у него происходит распад личности.

Страхи когнитивного происхождения требуют либо вербальной коррекции, либо коррекции посредством демонстрации. Например, боязнь приступов головокружения, вызванная убеждением, что головокружение является предвестником сумасшествия, может быть преодолена путем демонстрации того факта, что головокружение является результатом гипервентиляции (Wolpe, 1982). В целом, ошибочные убеждения легче поддаются коррекции, чем классически обусловленные страхи.

### ***Бихевиоральная оценка состояния при неврозах***

Общая атмосфера первой встречи пациента с бихевиоральным психотерапевтом определяется нашей концепцией, гласящей, что проблемы пациента-невротика заключаются в наличии у него дезадаптивных привычек, основой которых является реакция тревожности, появившаяся при первом столкновении с определенным неприятным событием. Это атмосфера, в которой все разрешено и нет места обвинениям. Пациенту предоставляется возможность понять, что психотерапевтический процесс будет проходить в обстановке сотрудничества между ним и психотерапевтом и целью этого сотрудничества станет избавление пациента от дезадаптивных привычек. Задачей оценки является выявление и анализ событий, ставших спусковым крючком болезненной реакции. Психотерапевт рассматривает историю каждой жалобы пациента с момента ее возникновения, внимательно изучая все изменения. На рассказываемое пациентом он отвечает подходящими комментариями и вопросами. Он проявляет явное сочувствие к проблемам пациента. Затем психотерапевт переходит к исследованию семейных, школьных, любовных и других отношений пациента (Wolpe, 1982). Совокупность собранной информации дает возможность сформировать представление о жизни и проблемах пациента, после чего составляется план психотерапевтического воздействия. Распространен-

ный образ отстраненного бихевиорального психотерапевта, интересующегося лишь механикой поведения, но никак не самим человеком и его проблемами, — это чистой воды вымысел!

## **Последние исследования результатов психотерапевтического воздействия**

Как я уже говорил, хорошо подготовленный бихевиоральный психотерапевт достигает успеха (закключающегося в полном выздоровлении или в значительном улучшении состояния пациента) в более чем 80% случаев в среднем в течение 25 сеансов, причем рецидивы или смена симптомов имеют место крайне редко.

Тот факт, что бихевиоральная психотерапия отличается особой эффективностью, пытались оспорить Люборский и его коллеги (Luborsky et al., 1975), а также Смит и Гласс (Smith & Glass, 1977), проводившие мета-анализ, целью которого было показать одинаковую результативность всех видов психотерапии. Гайлс (Giles, 1983) провел дополнительное изучение работы Люборского и выяснил, что на самом деле его данные говорят в пользу бихевиоральной терапии. Эндрюс и Харви (Andrews & Harvey, 1981), еще раз проанализировав данные, которыми пользовались Смит и Гласс, обнаружили, что результаты бихевиоральной терапии для *невротиков* превосходили результаты психодинамического воздействия на уровне значимости .001.

Недавние свидетельства эффективности бихевиоральной терапии относятся в основном к отдельным синдромам. Ниже приведен неполный список заболеваний и нарушений, при лечении которых был достигнут потрясающий успех: агорафобия (McPherson et al., 1980; Mathews et al., 1981; Emmelkamp & Kuipers, 1979); простые фобии (Paul, 1966; Gillan & Rachman, 1974); сексуальные дисфункции (Wolpe, 1982; Mathews et al., 1976); неврозы навязчивых состояний (Foa et al., 1983; Milby & Meredith, 1980; Rachman & Hodgson, 1980); супружеские проблемы (Jacobson, 1978; Stuart, 1969); заикание (Brady, 1971; Azrin et al., 1979); мигрень (Friar & Beatty, 1976; Mitchell & Mitchell, 1971; Mitchell & White, 1977); головные боли, вызванные эмоциональным напряжением (Budzynski et al., 1973; Kondo & Canter, 1977; Philips, 1978); первичные расстройства сна (Ascher & Turner, 1979; Steinmark & Borkovec, 1974). К этому списку можно добавить и поведение типа А

(Friedman et al., 1982; Suinn, 1982), хотя в его основе лежит склонность к проявлениям гнева, а не тревожности.

В качестве примера подробнее остановлюсь на трех из указанных исследований. Из 56 пациентов, страдавших агорафобией, лечением которых занимался Макферсон и его коллеги (McPherson et al., 1980), 47 либо полностью избавились от симптомов, либо существенно улучшили свое состояние, и оно оставалось стабильным в течение 3—6,3 лет после завершения лечения; параллельно произошло также ослабление других симптомов — таких, как депрессия. Фоа и его сотрудники (Foa et al., 1983) обнаружили, что из 50 пациентов, у которых навязчивость проявлялась в постоянном мытье рук, у 58% состояние существенно улучшилось после 3—4 недель, в течение которых с ними проводилась почти ежедневная терапия, и оставалось стабильным в промежутке от 3 месяцев до 3 лет. При исследовании результатов лечения мигрени Митчелл и Митчелл (Mitchell & Mitchell, 1971) обнаружили, что у 66,8% больных, которых лечили посредством десенситизации и тренинга уверенности в себе, приступы стали появляться реже, в то время как в контрольной группе, где лечение не проводилось, изменений состояния не произошло. Состояние больных первой группы оставалось стабильным и через 4 месяца.

## **Область применения бихевиоральной терапии при неврозах**

Приведенные выше цифры впечатляют, но они не в состоянии изменить мнение людей, считающих, что возможности бихевиоральной терапии ограничены. Даже наоборот, перечисление успехов, которых бихевиоральная терапия добилась в лечении конкретных синдромов, для некоторых может служить подтверждением того, что она эффективна лишь для борьбы с отдельными симптомами и не в состоянии воздействовать на “ядро” невроза. В действительности это верно лишь относительно некоторых частных методов — таких, например, как традиционный метод биологической обратной связи или использование релаксации *ad hoc* (Wolpe, 1984a, b); при этом ни одна из этих техник не является характерной для бихевиоральной терапии, поскольку они направлены на избавление от симптомов, а не от привычек. Ясно, что до сих пор никакие доказательства эффективности бихевиоральной терапии не

способствовали изменению представления о ней в психиатрических кругах и увеличению ее популярности среди психиатров.

Для того чтобы развенчать неверные представления о бихевиоральной терапии, необходимо рассказать о том, в чем она заключается. Для начала следует отметить, что бихевиоральные психотерапевты чаще всего имеют дело со случаями невротической тревожности, не относящимися к разряду классических фобий. Классические фобии имели место лишь в 14 из 68 случаев, в которых применялось лечение систематической десенситизацией (Wolpe, 1982), остальные в основном относились к разряду социальных страхов, таких как чувства обесценивания своей личности, отверженности, вины. Важно понять, *существуют ли невротические проблемы, в решении которых бихевиоральная терапия бессильна и при которых лучше применять психодинамический подход*. С этим вопросом связан и другой: может быть, психодинамическая терапия в состоянии охватить более широкий спектр неврозов, чем бихевиоральная?

Большинство психиатров, вероятно, дали бы утвердительный ответ на оба вопроса, сказав: почему нужно решать проблемы поверхностно, вместо того чтобы искать фундаментальных решений? Этот аргумент был бы, конечно, убедительным, если бы подкреплялся фактами. Но факты его не подтверждают.

В 1941 году Найт (Knight, 1941) рассмотрел 402 истории болезни пациентов, лечившихся у психоаналитиков, и обнаружил, что в результате психотерапии 40,5% больных выздоровели или претерпели значительные положительные изменения в своем состоянии (при подсчете не принимались во внимание 62% пациентов, которые прекратили посещать психоаналитика менее чем через шесть месяцев после первого сеанса). О получении сходных данных сообщает и Броди (Brody, 1962): члены Комитета по сбору фактической информации Американской психоаналитической ассоциации обследовали 210 из 595 его пациентов по завершении психоанализа и обнаружили, что 126 (60%) из них полностью излечились или же их состояние значительно улучшилось. Такой уровень успешности может быть достигнут любым психотерапевтом благодаря “неспецифическим эффектам” терапии (Wolpe, 1958). Кернберг и его коллеги (Kernberg et al., 1972) в своем отчете о результатах психотерапевтического исследования, проведенного Фондом Меннингера, сообщают, что из 42 пациентов, при работе с которыми использовалась психоаналитическая терапия или



психоанализ, только у 10 произошли существенные улучшения, а состояние 11 ухудшилось либо сразу по завершении психотерапии, либо позже (повторное обследование было проведено через два года) — здесь картина оказалась еще хуже, чем в более ранних исследованиях.

Несмотря на эти не внушающие большого оптимизма результаты психиатры верят в принципиальную правильность психодинамических теорий и полностью полагаются на их методы. В результате этого многие годы психотерапии часто не приносят пациенту никаких реальных плодов — думаю, сегодня подобное встречается в психоаналитической терапии столь же часто, сколь и в формальном психоанализе. Шмидберг (Schmideberg, 1970) — ведущий психоаналитик — пишет, что “пациентов заставляют поверить, что психоанализ является единственным заслуживающим внимания видом психотерапии, помогающим всем; если же он оказался бессильным помочь вам — значит, у вас какой-то особый, доселе невиданный случай”. В качестве примера она приводит историю 28-летней женщины, которая в юности подверглась неэффективному психоаналитическому воздействию. Шмидберг встретила с ней через 12 лет после этого. У пациентки в момент обращения к психоаналитику не было никаких определенных симптомов — она лишь хотела сделать свою жизнь более насыщенной и счастливо выйти замуж. Посещая своего первого психоаналитика, девушка приобрела прогрессирующую агорафобию, общение с двумя другими аналитиками ухудшило ее состояние, причем, в дополнение ко всему остальному, она постоянно набирала вес, а ее надежда выйти замуж постепенно свелась на нет.

Если длительное лечение у психоаналитика не приносит результатов, в качестве практической альтернативы можно обратиться к бихевиоральному психотерапевту. В литературе приводится масса примеров того, как бихевиоральной терапией, обычно в небольшие сроки, удается достичь успеха там, где это не удалось психодинамической терапии. Я сам приводил множество подобных случаев (Wolpe, 1958, 1982). Два из них были описаны мною очень подробно: случай 56-летней женщины, страдавшей “неврозом характера”, которая в течение 25 лет безуспешно лечилась у психоаналитика, и случай 36-летней женщины, которую с детства беспокоили тревожность и депрессия, потратившей на психоанализ 9 лет (Wolpe, 1964).

То, что бихевиоральная терапия часто бывает необходима пациентам с неврозами, во многих случаях становится ясным из описаний методов лечения, используемых самими психоаналитиками. Например, это очевидно в трех случаях, описанных Густафсоном (Gustafson, 1984) в качестве иллюстрации краткой “динамической психотерапии”. В одном из этих трех случаев юноша в течение 8 лет страдал жестокими приступами мигрени, появлявшимися при возникновении эмоционального напряжения в ситуациях, “когда окружающие требовали, чтобы он что-то сделал”. При малейшем конфликте пациент “преисполнялся жадой мести”. Психотерапевт говорит: “Когда пациент избавится от головных болей, ему придется жить со своей яростью. ...Вооруженный новой способностью признавать гнев, который он испытывает при получении глупых заданий, он вряд ли останется таким же примерным студентом, каким был раньше”. Затем автор продолжает: “Очень скоро у него возникнут серьезные и эмоциональные конфликты с учителями, поскольку он захочет, чтобы его принимали таким, какой он есть. Сможет ли он справиться с контратаками, отдать кесарю кесарево, при этом оставив что-то и себе, мы увидим в будущем — но, безусловно, его способность “строить мосты” и устойчивость “динамических перемен” будет подвергнута проверке”.

Здесь все отдано на волю инсайта и его последствий, и можно только согласиться с Густафсоном в том, что перед пациентом лежит тернистый путь. Если бы на этом этапе был проведен бихевиоральный анализ источников стресса и пациенту была предписана соответствующая психотерапия, перспектива стала бы более радужной. Из истории болезни ясно, что пациенту скорее всего помог бы тренинг уверенности в себе, а на его повышенную чувствительность к низкой оценке его поступков и неодобрению можно было бы воздействовать с помощью десенситизации. Заметные положительные изменения произошли бы в течение нескольких недель.

Столь благоприятные прогнозы делаются на основании ежедневного опыта работы с невротиками — как с теми, невротическая тревожность у которых бывает очевидна с самого начала, так и с теми, у которых до нее, как в случае Густафсона, надо “докапываться”. Роль тревожности была так же неочевидна в случае 50-летнего художника, у которого появилась истерическая слепота после того, как его теща подала на него в суд за “невыполнение условий завещания ее мужа”. Это событие чрезвычайно расстрои-

ло мужчину, который и без того всю жизнь боялся “поступить неправильно”. В психотерапевтической программе, составленной для него, центральное место заняла систематическая десенситизация его чрезвычайной чувствительности к социальному неодобрению. До какой степени у него была развита эта чувствительность, можно показать на следующем примере: он не мог отказаться съесть вторую тарелку супа, который ему не нравился, боясь обидеть хозяйку. Восстановление зрения коррелировало с ослаблением чувствительности — через пять месяцев зрение стало возвращаться, и постепенно больной прозрел полностью. Во время суда (в результате которого он был оправдан), защищаясь от обвинений тещи, он испытывал минимальную тревожность. Уже два года, как этот человек здоров.

### **Почему необходимо изменить отношение к бихевиоральной терапии**

Умение проводить бихевиоральную оценку и использовать техники бихевиоральной терапии является важным орудием при лечении неврозов. Многие пациенты, которые тратят месяцы, а иногда и годы, на нерезультативную психотерапию, могли бы рассчитывать на довольно быстрое улучшение своего состояния при условии использования бихевиоральной терапии.

Поэтому необходимой составной частью психотерапевтического образования должно являться изучение бихевиоральной терапии. И даже несведущий в этой области психотерапевт должен знать, в каких случаях необходимо вмешательство бихевиорального психотерапевта. В некоторых случаях недостаток знаний может привести психотерапевта на скамью подсудимых. Например, один лос-анжелесский психиатр в течение двух лет не позволял своему пациенту, жаловавшемуся на преждевременную эякуляцию, прибегнуть к помощи бихевиоральной психотерапии; пациент, который все же, наконец, сделал это и избавился от своей проблемы, обратился в суд и выиграл свой иск против первого психиатра. Психиатрам следует идти в ногу со временем, так же как и всем врачам вообще.

Безусловно, существуют практические проблемы с предоставлением студентам адекватного бихевиорального образования. На психиатрических факультетах как американских (Brady, 1973), так

и канадских (Brady & Wienckowsky, 1978) университетов бихевиоральная терапия преподается обычно чисто символически. Высококачественные учебные программы безусловно оправдали бы себя, как показывает пример психиатрических факультетов Медицинского института Темпле и Университета Южной Калифорнии, где обучение по таким программам проводится уже много лет. Существует справочник с именами и адресами психиатров, получивших бихевиоральное образование, к которым можно обратиться (Behavior Therapy and Research Society, 1983).

Хорошо было бы также организовать курсы повышения квалификации для специалистов в области бихевиоральной терапии. Сегодня предлагается большое количество разнообразных неформальных программ, но многие из них, к сожалению, проводятся недостаточно квалифицированными преподавателями. Психиатру, который использует бихевиоральную терапию одновременно с каким-то другим подходом, нет смысла отказываться от своей идеологии или ориентации. Бихевиоральными методами можно владеть как ценным ресурсом, который всегда может пригодиться — я тоже могу использовать эмпирически подтвержденные небихевиоральные методы, скажем, метод парадоксальной интенции, не отказываясь при этом от своей точки зрения.

Я надеюсь, что мое сегодняшнее выступление станет шагом на пути к развенчанию мифов о бихевиоральной терапии, которые так долго отпугивали от нее психиатров. Кроме того, хотелось бы верить, что бихевиоральная терапия найдет свое место в учебных программах для психиатров и психологов. Такое развитие событий еще раз подтвердило бы правоту Фрейда (Freud, 1938, p. 945), сказавшего, что часто в истории науки “мнение, вначале вызывавшее только сопротивление, немногим позже получало всеобщее признание”.

## Литература

- American psychiatric association. (1973). Task Force Report: *Behavior Therapy in Psychiatry*: 5.
- Andrews, G. (1984). On the promotion of non-drug treatments. *British Medical Journal*, 289, 994—995.
- Andrews, G., & Harvey, R. (1981). Does psychotherapy benefit neurotic patients? *Archives of General Psychiatry*, 38, 1203—1208.
- Ascher, L. M., & Turner, R. M. (1979). Paradoxical intention and insomnia: An experimental investigation. *Behavior Research and Therapy*, 17, 408—411.

Azrin, N., Nunn, R., & Frantz, S. (1979). Comparison of related breathing versus abbreviated desensitization on reported stuttering episodes. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 44, 331–339.

Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Behavior Therapy and Research Society Roster of Clinical Fellows. (1983). *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 14, i-x.

Bergin, A. E. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. New York: Wiley and Sons.

Brady, J.P. (1971). Metronome-conditioned speech retraining for stuttering. *Behavior Therapy*, 2, 129.

Brady, J.P. (1973). The place of behavior therapy in medical student and psychiatric resident training: Two surveys and some recommendations. *J Nerv Ment Dis*, 157, 21–26.

Brady, J.P., & Wienckowski, L.A. (1978). Update on the teaching of behavior therapy in medical student and psychiatric resident training. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 9, 125–127.

Brody, M.W. (1962). Prognosis and results of psychoanalysis. In J.H. Nodine & J.H. Moyer (Eds.), *Psychosomatic Medicine*. Philadelphia: Lea and Febiger.

Budzynski, T., Stoyva, J., Adler, C., et al. (1973). EMG biofeedback and tension headaches: A controlled outcome study. *Psychosomatic Medicine*, 35, 484–490.

Ellis, A. (1974). *Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach*. New York; Julian Press.

Emmelkamp, P.M.G., & Kuipers, A.C.M. (1979). Agoraphobia: A followup study four years after treatment. *British Journal of Psychiatry*, 134, 352–355.

Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319.

Foa, E. B., Grayson, J.B., Steketee, G.S., et al. (1983). Success and failure in the behavioral treatment of obsessive-compulsives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 287–297.

Frank, J.D. (1973). *Persuasion and healing* (rev. ed.). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Freud, S. (1933). *New introductory lectures on psychoanalysis*. New York: W.W. Norton.

Freud, S. (1938). The history of the psychoanalytic movement, Part I. In A.A. Brill (ed.), *The basic writings of Sigmund Freud*. New York: Modern Library.

Friar, L., & Beatty, J. (1976). Migraine: Management by trained control of vasoconstriction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 46–50.

Friedman, M., Thoreson, C., Gill, J., et al. (1982). Feasibility of altering type A behavior pattern after myocardial infarction. *Circulation*, 66, 83–92.

Garfield, S.L. (1981). Psychotherapy: A 40-year appraisal. *Am Psychol*, 36, 174–183.

Giles, T. R. (1983). Probable superiority of behavioral interventions-II: Empirical status of the equivalence of therapies hypothesis. *Journal of Behavior and Experimental Psychiatry*, 14, 189–196.

Gillan, P., & Rachman, S. (1974). An experimental investigation of behavior therapy in phobic patients. *British Journal of Psychiatry*, 124, 392–410.

Glover, E. (1959). Critical notice. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 68–74.

Gustafson, J.P. (1984). An integration of brief dynamic psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 141, 935–944.

- Jacobson, J. (1978). Specific and non-specific factors in the effectiveness of a behavioral approach to the treatment of marital discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 442–452.
- Jones, M. C. (1924). Elimination of children's fears. *Journal of Experimental Psychology*, 7, 382.
- Kernberg, O., Burstein, E., Coyle, L., et al. (1972). Psychotherapy and psychoanalysis. Final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project. *Bull Menninger Clin*, 36, Nos. 1/2.
- Klein, M.H., Dittmann, A.T., Parloff, M.B., & Gill, M.M. (1969). Behavior therapy: Observations and reflections. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 259–266.
- Knight, R.P. (1941). Evaluation of the results of psychoanalytic therapy. *American Journal of Psychiatry*, 98, 434.
- Kondo, C., & Canter, A. (1977). True and false electromyographic feedback: Effect on tension headache. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 93–100.
- Landis, C. (1937). A statistical evaluation of psychotherapeutic methods. In L. Hinsie (Ed.), *Concepts and Problems of Psychotherapy*. New York: Columbia University Press.
- Latimer, P. (1980). Training in behavior therapy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 25, 26–27.
- Latimer, P.R., & Sweet, A.A. (1984). Cognitive versus behavioral procedures in cognitive-behavior therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 15, 9–22.
- Lazarus, A.A. (1971). *Behavior therapy and beyond*. New York: McGraw-Hill.
- Locke, E.A. (1971). Is behavior therapy behavioristic? *Psychological Bulletin*, 76, 318.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapy: Is it true that "Everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995.
- Mahoney, M. J. (1977). Reflections on the cognitive-learning trend in psychotherapy. *Am Psychol*, 32, 5–13.
- Marks, I.M. (1976). Current status of behavioral psychotherapy: Theory and practice. *American Journal of Psychiatry*, 133, 253–261.
- Marmor, J., & Woods, S. M. (1980). *The interface between the psychodynamic and behavioral therapies*. New York: Plenum Press.
- Mathews, A., Whitehead, A., Hackmann, A., et al. (1976). The behavioral treatment of sexual inadequacy: A comparative study. *Behavior Research and Therapy*, 14, 427–430.
- Mathews, A., Gelder, M., & Johnson, D. (1981). *Agoraphobia: Nature and treatment*. New York: Guilford.
- McPherson, F.M., Brougham, L., & McLaren, L. (1980). Maintenance of improvements in agoraphobic patients treated by behavioral methods in a four-year followup. *Behavior Research and Therapy*, 18, 150–152.
- Milby, J., & Meredith, R. (1980). Obsessive-compulsive disorders. In R. Daitzman (Ed.), *Clinical behavior therapy and behavior modification*. New York: Garland.
- Mitchell, K., & Mitchell, D. (1971). Migraine: An exploratory treatment application of programmed behavior therapy techniques. *Journal of Psychosomatic Research*, 15, 137–143.
- Mitchell, K., & White, R. (1977). Behavioral self-management: An application to the problem of migraine headaches. *Behavior Therapy*, 8, 213–220.
- Patterson, C. H. (1966). *Theories of counseling and psychotherapy*. New York: Harper & Row.
- Paul, G.L. (1966). *Insight versus desensitization in psychotherapy*. Stanford: Stanford University Press.

Paul, G.L. (1969). Outcome of systematic desensitization. in C.M. Franks (Ed.), *Behavior therapy: Appraisal and status*. New York: McGraw-Hill.

Philips, C. (1978). Tension headache: Theoretical problems. *Behavior Research and Therapy*, 16, 249–261.

Rachman, S., & Hodgson, R. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Rotter, J.B. (1959). Substituting good behavior for bad. *Contemporary Psychology*, 4, 176–178.

Schmideberg, M. (1970). Psychotherapy with failures of psychoanalysis. *British Journal of Psychiatry*, 116, 195–200.

Smith, M., & Glass, G. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *Am Psychol*, 132, 752–760.

Steinmark, S., & Borkovec, T. (1974). Active and placebo treatment effects of moderate insomnia under counterdemand and positive demand instructions. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 157–163.

Strupp, H. (1978). Psychotherapy research and practice: An overview. In S.L. Garfield & M. Lambert (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley and Sons.

Stuart, R.B. (1969). Operant-interpersonal treatment for marital discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 675.

Suinn, R.M. (1982). Intervention with type A behaviors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 933–949.

Wilder, J. (1945). Facts and figures on psychotherapy. *Journal of Clinical Psychopathology*, 7, 311.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Wolpe, J. (1964). Behavior therapy in complex neurotic states. *British Journal of Psychiatry*, 110, 28–34.

Wolpe, J. (1981). The dichotomy between classical conditioned and cognitively learned anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 12, 35–42.

Wolpe, J. (1982). *The practice of behavior therapy* (3<sup>rd</sup> ed.). New York: Pergamon Press.

Wolpe, J. (1984a). Tension control for coping and for habit change. In F.J. McGuidan, W.E. Sime, & J. M. Wallace (Eds.), *Stress and tension control 2*. New York: Plenum Press.

Wolpe, J. (1984b). Deconditioning and ad hoc uses of relaxation. An overview. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 15, 299–304.

Wolpe, J. (1984c). Behavior therapy according to Lazarus. *Amer. Psychol.*, 39, 1326–1327.

Wolpe, J., Lande, S. D., McNally, R.J., & Schotte, D. (1985). Differentiation between classically conditioned and cognitively based fears: Two pilot studies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 16, 287–293.

## *Отзыв Джадда Мармора*

Для начала я хотел бы засвидетельствовать свое почтение д-ру Вольпе — основателю бихевиоральной терапии. Ему принадлежит особое место в истории психотерапии, и сам я отношусь к нему с большим уважением. Я подчеркиваю это, поскольку ниже я скажу о своем несогласии с д-ром Вольпе во многих вопросах, и хотел бы заверить вас, что дело здесь не в моей зловредности, а всего лишь в том, что мне хотелось бы прояснить некоторые из упомянутых здесь вопросов и ошибочных представлений.

Когда я пытаюсь понять, что происходит в уме д-ра Вольпе, мне начинает казаться, что его настолько сильно травмировало противодействие, которое его работа вызвала в 50-е годы со стороны психоаналитического сообщества, что он до сих пор не может прийти в себя. Он все еще сражается, отказываясь признать тот факт, что положение дел изменилось, что сегодня динамическая и бихевиоральная терапия во многом пересекаются и соглашаются друг с другом и что враг, с которым он продолжает бороться, — это ортодоксальная психоаналитическая форма лечения, которая сама претерпевает постоянные изменения. На самом деле в современной психиатрии и психотерапии преобладает не поляризация, как, похоже, считает д-р Вольпе, а эклектический подход, при котором из всех доступных школ берется лучшее.

Красной нитью через выступление д-ра Вольпе проходит мысль о том, что должна существовать единая психотерапевтическая наука, основанная на бихевиоральном подходе. Он подразумевает, да и открыто говорит о том, что динамическая психотерапия не должна входить в эту научную парадигму.

Позвольте мне подробнее рассмотреть некоторые из его взглядов. Одно из первых сделанных им ошибочных утверждений таково: среди наук, имеющих дело с исцелением, психотерапия является исключением, поскольку не имеет единой системы разветвленных взглядов, основанных на проверенных гипотезах. Это совершенно не соответствует действительности. В области лечения внутренних органов нет согласия по поводу того, например, как лечить повышенное давление, диабет или артрит, что лучше использовать — хирургическое вмешательство, лекарства или облучение, что удалять: всю молочную железу или только опухоль — не говоря уже об альтернативной медицине, например, натуропатии, остеопатии, хиропрактике или мануальной терапии. Во всех



областях знания, связанных со здоровьем, существует огромное количество разных подходов, и психотерапия в этом смысле совсем не уникальна.

Проблема психотерапии состоит не в том, как сказал Вольпе, что душа и тело человека столь сложно устроены. Вопрос, стоящий перед психотерапией, не в том, как устроены человеческие тело и душа, а скорее в том, как могут два (или более) человека взаимодействовать таким образом, чтобы произошли определенные желаемые изменения в мышлении и поведении одного (или более) других людей. В этом смысле психотерапия больше напоминает преподавание, а преподавание — это не только определенный метод, но и определенные учителя и ученики, а также определенное содержание предмета. Точно так же, как никакой учитель и никакая техника обучения не могут быть идеальными для всех учеников, никакой психотерапевтический метод не является непременно оптимальным для всех пациентов и всех заболеваний.

Вольпе в своем выступлении выражает несогласие с этим. Он искренне верит в то, что бихевиоральный подход оптимален, что он лучше всего подходит для широкого круга психических расстройств. Подразумевается, что с его помощью можно лечить не только симптоматические неврозы, но и сложные характерологические расстройства.

Какие же доказательства этого он предоставляет? В начале своего выступления Вольпе говорит — мне кажется, правильно, — что одной из основных проблем в нашей области является то, что психотерапевты оказываются заложниками собственного успеха. Вполне естественно, что человек, помогающий ослабить страдания большому количеству пациентов, чувствует себя уверенным в своей правоте и может даже весьма воинственно ее отстаивать. Но разве не это делал д-р Вольпе в своем выступлении, разве не этим он занимается? Он сказал бы, что нет, это не так. Он считает, что успешность других видов психотерапии находится на уровне, который может быть достигнут благодаря неспецифическим эффектам, а более высокий процент выздоровления среди его пациентов говорит о превосходстве бихевиорального подхода. Он утверждает, что у *умелого* (я подчеркиваю — *умелого*) бихевиорального терапевта состояние 80% пациентов улучшается в среднем после 26 сеансов. Это потрясающее заявление. Позже я скажу, почему оно кажется мне не соответствующим действительности. Многие группы говорят то же самое о своих высоких результатах; когда же хо-

рошего уровня успешности достигнуть не удастся, в этом обвиняют неумелых психотерапевтов — точно так же поступает Вольпе, говоря о бихевиоральных психотерапевтах, работающих не столь успешно.

Во-вторых, оценка психотерапевтов не дает нам реального представления об успешности их работы. Приводя количественные данные, Вольпе не говорит о том, проверялись ли эти данные специалистами со стороны и какие критерии использовались при оценке. Иногда это напоминает сравнение апельсинов с яблоками; говоря об улучшениях в состоянии пациента, психоаналитики имеют в виду совсем не те изменения, которые имеют в виду бихевиоральные психотерапевты. Заявления поверхностного и общего характера не помогают продвижению вперед психотерапевтического искусства и науки.

Мне кажется интересным, что д-р Вольпе не упоминает о том, что его 80-процентный показатель относится к 1958 году. Кажется, можно было бы ожидать, что будет приведена более свежая информация. Однако дело вот в чем: группа исследователей (Klein, Dittman, Parloff & Gill, 1969) провела очень тщательное исследование работы д-ра Вольпе и его коллег. В ходе этого исследования выяснилось, что, добившись успехов в лечении более или менее простых фобий и тревожных состояний, Вольпе и его коллеги постепенно начали принимать пациентов с более серьезными расстройствами. Как следствие, сообщают нам внимательные и объективные исследователи, бихевиоральная терапия превратилась в более долгий и сложный процесс, а уровень ее успешности стал падать, приближаясь к уровню успешности многих других видов психотерапии, занимающихся лечением сложных расстройств.

То же самое произошло с лечением сексуальных расстройств. Когда Мастерс и Джонсон только начинали использовать свой бихевиоральный подход, уровень успешности был чрезвычайно высоким, поскольку они имели дело с простой тревожностью (пациенты боялись, что сделают что-то плохо или неправильно). Однако со временем они стали сталкиваться с более сложными сексуальными расстройствами, корни которых лежали в серьезных психологических нарушениях и психоневротических заболеваниях. На их лечение требовалось существенно больше времени, а уровень успешности уже не был таким высоким, как при лечении простых тревожных состояний.

Когда уважаемые бихевиоральные психотерапевты — такие, как Арнольд Лазарус и сэр Исаак Маркс — говорят о том, что возможности чисто бихевиорального подхода ограничены, Вольпе просто отмахивается от них, объявляет их плохими бихевиоральными психотерапевтами или же вообще перестает считать их таковыми. 20 лет назад я был председателем собрания в Университете Темпле, на котором Арнольд Лазарус впервые сказал о том, что бихевиоральная терапия приносит не такие хорошие результаты, как сообщает Вольпе. Тогда Вольпе поступил очень похоже на то, как поступил Фрейд с Юнгом и Адлером — он немедленно перестал считать Лазаруса представителем бихевиорального движения.

Еще одним важным моментом в выступлении д-ра Вольпе было утверждение, что в области психодинамической терапии не было проведено столь тщательных научных исследований, какие были проведены в области терапии бихевиоральной. Я думаю, делая подобные заявления, он просто игнорирует работу, проведенную такими людьми, как Лестер Люборски (Luborsky, 1975), Ганс Страпп (Strupp, 1978), Смит и Гласс (Smith & Glass, 1977). Особенно меня удивляет то, что он упускает из виду тщательное исследование, проведенное Брюсом Слоаном, который когда-то был его преданным последователем в Университете Темпле и до сих пор является сторонником бихевиоральной терапии, обучающим практикантов в Университете Южной Калифорнии бихевиоральной терапии. Д-р Вольпе лишь кратко упомянул об этом. Д-р Слоан и его коллеги опубликовали результаты исследования, проведенного ими в Университете Темпле в 1975 году. В ходе исследования они случайным образом распределили 94 клиента, обратившихся в клинику, в три группы: одну группу лечили при помощи бихевиоральной терапии, другую — при помощи динамической, а третья была контрольной. С участниками контрольной группы была проведена подробная предварительная беседа, а затем в течение следующих четырех месяцев им периодически звонили и сообщали о том, что их очередь еще не подошла, но о них помнят, и в случае неотложной необходимости они могут прийти на прием. Но никакой формальной терапии в контрольной группе не проводилось. Другими словами, в ней был применен неспецифический подход. В каждой из трех групп было по 30 человек. В двух первых группах лечение проводилось — в каждой из них работало по три опытных психотерапевта. Каковы же были результаты?

По истечении четырех месяцев терапии, во время которых проводилось по одному сеансу в неделю (всего в среднем 14—15 сеансов) в двух первых группах произошли более существенные улучшения, чем в контрольной группе. Это свидетельствует о результативности и динамической, и бихевиоральной терапии, и о том, что оба эти вида психотерапии эффективнее, чем неспецифическое лечение. К концу года результаты в двух первых группах также были лучше, чем результаты в контрольной группе. Более того, никаких существенных различий в состоянии клиентов, к которым применялась динамическая или бихевиоральная терапия, обнаружено не было. Состояние этих пациентов тщательно оценивалось, причем оценку проводили не их собственные психотерапевты — для этого использовались объективные тесты; кроме того, оценка проводилась тремя опытными наблюдателями со стороны.

И еще одну важную вещь, касающуюся этого исследования, мне кажется необходимым упомянуть. Техники, использовавшиеся в обеих группах, были во многом сходными; я могу даже показать, что они пересекались с тем, что делает д-р Вольпе. Как бихевиоральные, так и динамические психотерапевты собирали анамнез, формулировали проблемы пациентов, реконструировали возможные причины проблем в прошлом, искали причины, существующие на сегодняшний день, корректировали ошибочные представления и использовали все возможные методы, включая суггестивные. Интересно, что бихевиоральные терапевты занимались интерпретацией не меньше, чем динамические. Ясно одно: то, что люди делают, часто противоречит тому, что они говорят о своих действиях.

Как объясняли пациенты в обеих группах улучшения в своем состоянии? И в одной, и в другой группе пациенты в ответ на вопрос: “Почему Вы лучше себя чувствуете?” — говорили о следующих факторах: 1) чувство, что психотерапевт относится к ним с ненавязчивой теплотой и знает, что делает; 2) ощущение, что психотерапевт помог им лучше понять себя и свои проблемы; 3) возможность открыться и поговорить с понимающим человеком; 4) чувство, что они могут попробовать делать что-то, чего раньше избегали.

Если мы теперь сравним это с тем, как описывает свою работу д-р Вольпе, мы увидим, что он делает то же самое. Он дает пациенту тепло и заботу, он искренен. Он хороший психотерапевт, и он внимательно собирает анамнез; он старается понять, что происходит с пациентом. Он даже использует аналитическую интер-

претацию. Вчера, демонстрируя нам, как он работает, он задал пациенту вопрос: “Вы знаете, что Вы делаете?” Он говорил об ощущениях пациента, что его не любят окружающие. Д-р Вольпе спросил: “Вы знаете, что Вы делаете? Вы не любите себя, но приписываете эту нелюбовь другим людям. Поэтому Вы думаете, что они Вас не любят”. Он описывал явление проекции — психоаналитический защитный механизм. Он использует это, и, я уверен, не только это. В своей работе он совмещает бихевиоральный и психодинамический подходы — динамические психотерапевты сегодня делают то же самое. Интересно, что доктор Вольпе описывает психоаналитика, который отказался использовать сексуальную терапию, необходимую пациенту. Думаю, Вольпе абсолютно прав, а психоаналитик ошибался, отказываясь использовать новейшие достижения психотерапевтического искусства. Но мне было странно услышать рассказ д-ра Вольпе о том, как он пять месяцев лечил истерическую слепоту, которая лишь к концу этого срока начала постепенно проходить. Забавно, что о таком подходе нам рассказывают на конференции, спонсором которой является Фонд Милтона Эриксона — ведь известно, что истерическая слепота излечивается в весьма короткие сроки при помощи гипноза. Помню один случай истерической афонии — я немедленно положил пациента на кушетку и загипнотизировал. Я избавил его от афонии во время первого же сеанса, а затем перешел к использованию динамической терапии. Может быть, д-р Вольпе не пользуется самыми современными техниками из-за своей привязанности к тому, что он считает единственно возможным подходом.

Думаю, нам всем необходимо выбраться из прокрустовы ложа убежденности в том, что мы должны “подгонять” пациентов под наши техники. Нам следует адаптировать свои техники к нуждам конкретных пациентов. Возьму на себя смелость сказать, что сам д-р Вольпе делает это в 9 случаях из 10.

Прошу вас понять, что своей критикой я не пытаюсь преуменьшить потрясающие способности д-ра Вольпе как клинициста или подвергнуть сомнению достигнутые им результаты. Я думаю, он честно обо всем рассказал в своем выступлении. Меня беспокоит то, что он разводит бихевиоральную и динамическую или аналитическую терапию по двум разным полюсам, не желая обращать внимания на тот факт, что между ними есть много общего. Война окончена. Пора искать пути мирного сосуществования и сотрудничества. Тогда мы сможем создать действительно научную пси-

хотерапию, в которой один подход не будет преобладать над другим и в которой психотерапевты будут принимать решение о необходимости использования определенного метода в зависимости от обстоятельств. Настало время мирного сосуществования и сотрудничества. Этого мы ждем от наших политических лидеров в международных отношениях. Безусловно, в области психического здоровья мы можем достичь не меньше, чем они — в политике.

## **Ответ доктора Вольпе**

Я благодарен д-ру Мармору за любезно сделанные им комментарии, но, к сожалению, я со многим в них не согласен. Создается впечатление, что иногда он просто не слушал меня. Например, что касается его ссылок на работы Люборски и коллег (Luborsky et al., 1975), и Смита и Гласса (Smith & Glass, 1977), он явно забыл о моей критике их исследований, в частности, об упомянутой мною работе Эндрюса и Харви (Andrews & Harvey, 1981), в которой они показывают, что, согласно данным Смита и Гласса, при лечении невротиков успешность бихевиоральной терапии превосходит успешность психодинамической на уровне значимости .001. Точно так же он явно не слышал, как я сказал, что Лазарус стал воинствующим антибихевиористом после того, как получил 36-процентный показатель рецидивов, применяя свой особый вид бихевиоральной терапии — в противоположность этому, у 1000 пациентов, которых двумя годами раньше обследовал Гордон Поль, рецидивы практически отсутствовали. Это значит, что причина неудач была не в бихевиоральной терапии, а в том, как проводил ее Лазарус (см.: Wolpe, 1984). Д-р Мармор также сказал, что я перестал считать Исаака Маркса бихевиоральным психотерапевтом, тогда как я сказал совсем другое, а именно, что Маркс делал заявления, наносящие вред бихевиоральной терапии, например, что она помогает только 10% взрослых амбулаторных пациентов. Маркс так и не привел никаких доказательств этого, ни письменно, ни устно. Д-р Мармор может преклоняться перед Марксом и Лазарусом, но они нанесли огромный вред репутации бихевиоральной терапии.

Приведенное в качестве примера исследование Слоана, в котором бихевиоральная терапия и психоанализ принесли одинаковые результаты — это еще один пример дезинформации. Гайлс (Giles, 1983) показал, что на самом деле в этом исследовании по

восьми показателям из девяти, включая устойчивость изменений, бихевиоральная терапия оказалась эффективнее, чем психодинамическая. Для того чтобы убедиться в этом, стоит только взглянуть на само исследование, вместо того чтобы довольствоваться цитатами из других источников. Действительно, мы во многом действуем сходными методами, но это не делает различия несущественными.

В случае истерической слепоты бихевиоральный анализ показал, что расстройство возникло на почве повышенной чувствительности в момент высокого эмоционального напряжения и что основной задачей психотерапии было снять повышенную чувствительность. Возможность снять симптомы при помощи прямого внушения — в большой степени миф, и я удивлен, что д-р Мармор в него верит. Но даже если бы это можно было сделать, все равно требовалось бы преодолеть лежащую в основе расстройства социальную чувствительность. Используемая мною для этого систематическая десенситизация дала прекрасный результат, логическим следствием которого стало излечение слепоты.

Что касается демонстрации моей работы с пациентом, то того, что д-р Мармор называет психоаналитическим защитным механизмом проекции, при этом не наблюдалось. Пациент неуютно себя чувствовал в ситуациях, в которых у него не было специальной роли. Он сам сказал, что у него было ощущение, будто в таких ситуациях окружающие отвергали его и испытывали по отношению к нему враждебные чувства. Он не проецировал на них чувство враждебности. Ничто не свидетельствует о том, что такое чувство у него было. Кроме того, в этом случае не было никакой потребности делать бессознательное сознательным. Пациент сам обо всем рассказал, без всякой интерпретации с моей стороны.

Я также не согласен с утверждением д-ра Мармора о том, что вначале бихевиоральная терапия достигала лучших результатов потому, что работала только с легкими случаями. С самого начала мы занимались всеми видами неврозов, что отражено в моей книге “Психотерапия посредством реципрокного торможения” (Wolpe, 1958). Д-р Мармор делает свое утверждение на основании отчета Клейна, Диттмана, Парлоффа и Гилла (Klein, Dittman, Parloff & Gill, 1969), проводивших в Отделении бихевиоральной терапии пять дней. Эти авторы сами признавали, что у них не было конкретных данных, и свои впечатления излагали с соответствующими оговорками.

Если бихевиоральная терапия считается важной частью психотерапии в целом, она, естественно, должна быть включена в учебные программы. Однако в программах большинства факультетов психиатрии и многих факультетов психологии она отсутствует. Факультеты психиатрии, на которых преподавал и преподает д-р Мармор, являются исключением.

Я рад, что непредубежденные психоаналитики — такие, как д-р Мармор — постоянно пополняют свой арсенал неаналитических техник и что некоторые из них, например, опять же д-р Мармор, применяют бихевиоральные методы. Гибкость Мармора делает ему честь. Но это не ответ на вызов, который я много лет бросаю коллегам-психоаналитикам. Истинное положение дел в психотерапии таково: практически любой психотерапевт может помочь выздороветь или существенно улучшить состояние 40—50% своих пациентов, то есть избавить их от страданий. Основой такого выздоровления должен быть какой-то фактор, присутствующий во всех видах психотерапии, вероятно, связанный с явлением, которое психоаналитики называют “переносом” (см.: Wolpe, 1958, p. 193).

Методы бихевиоральной терапии должны быть составной частью психотерапевтического репертуара потому, что есть свидетельства того, что они повышают обычный процент выздоровлений — до более 80% — и способствуют выздоровлению в существенно более короткие сроки. Мой вопрос к психоаналитикам таков: могут ли они добиться выздоровления более чем в 50% случаев? Если да, то я соглашусь, что их успех связан с чем-то, кроме эффекта “переноса”. Однако им еще предстоит продемонстрировать это. Если бы это произошло, я с удовольствием добавил бы психоаналитические техники к своему арсеналу. Я подчеркиваю это, чтобы показать, что я, в противоположность тому, что говорит д-р Мармор, не “борюсь” с психоанализом. Я с радостью буду приветствовать любой метод, эффективность которого доказана. Свидетельством этого является использование мною парадоксальных методов Виктора Франкла (Wolpe, 1982, p. 247).

## **Ответ доктора Мармора**

Я не хочу без необходимости затягивать спор. Мы можем бесконечно обмениваться статистическими данными. Однако, если неизвестно, как были получены эти данные, как делались выво-



ды, о каких конкретных случаях идет речь, кто проводил оценку и как она проводилась, все отчеты об успехах не будут иметь никакого смысла.

Я хочу поговорить об обучении. Как вы знаете, д-р Вольпе считает, что обучение бихевиоральной терапии проводится в недостаточной мере и что до сих пор основная масса студентов учится психодинамике. Я думаю, это еще одно доказательство того, что он живет вчерашним днем, потому что в действительности как психоаналитическое, так и психодинамическое образование переживают свой закат, а основное внимание в медицинских институтах уделяется биологическим подходам к психотерапии. Это говорит всего лишь о том, что д-р Вольпе отстал от жизни.

Я убежден в том, что бихевиоральные методы должны преподаваться. Когда я возглавлял психиатрическое отделение медицинского центра в Лос-Анджелесе, я считал важным, чтобы практикантов обучали бихевиоральным техникам. Мне казалось, что студенты, по крайней мере, должны знать, чего можно добиться при помощи таких техник и в каких случаях они наиболее эффективны, и могли либо сами их использовать, либо знать, в каких случаях необходимо направить больного к бихевиоральному психотерапевту. Я думаю, в этом преимущество эклектического подхода к обучению. Именно поэтому нам не стоит “приклеиваться” к тому или иному методу. Если мы считаем любой из методов единственно верным, мы заталкиваем пациентов в прокрустово ложе.

И, наконец, позвольте мне сказать несколько слов относительно того, что происходит в области психодинамики. У нас есть возможность сравнивать результаты исследований. Например, в сфере кратковременной динамической психотерапии такие люди, как Сифнеос и Давенлу проводят очень тщательное изучение кратковременного воздействия и их результаты можно сравнивать с результатами бихевиоральной школы. В нашей сфере деятельности происходит постоянный рост и развитие, и я думаю, что если нам удастся избавиться от убежденности в том, что наш метод лучше всех остальных, если мы будем слушать, учиться и читать о том, что происходит в психотерапии, если мы будем стараться интегрировать наши знания, психотерапия от этого только выиграет.

## Джозеф Вольпе

# АНАЛИЗ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕПРЕССИИ

*В своем выступлении Вольпе предупреждает о том, что принятый сегодня подход к небиполярной непсихотической депрессии не уделяет достаточного внимания исследованию ее причин. Д-р Вольпе показывает, что некоторые виды депрессий являются эндогенными, тогда как другие берут свое начало в тревожности. Поэтому каждый отдельный случай депрессии должен подвергаться тщательному исследованию, прежде чем будет принято решение о способах лечения. Это позволит существенно улучшить результаты психотерапевтического воздействия.*

Первое впечатление, возникающее у тех, кто знакомится с современным подходом к лечению небиполярной непсихотической депрессии, часто бывает обманчивым. На сегодняшний день существует некоторое количество методов ее лечения, которые ошибочно считаются подходящими для всех случаев. Ошибка связана с тем, что депрессию считают по существу однородной, полагая, что разница между ее отдельными случаями состоит лишь в степени их тяжести.

Я хочу показать, что депрессия может быть следствием самых разных обстоятельств и для выработки стратегии успешного лечения необходимо определять ее причину в каждом отдельном случае.

## История вопроса

В течение столетий депрессию называли меланхолией и считали особым заболеванием, вызываемым “настроениями” или другими внутренними процессами. Примерно сто лет назад была выявлена связь между депрессивным и маниакальным состояниями

(Klerman, 1989), которые стали рассматриваться как два разных проявления одного и того же нарушения. Позднее Крепелин (Kraepelin, 1904) заметил, что в некоторых случаях депрессия сопровождалась повышенной эмоциональной реактивностью, и сделал предположение о существовании особого, вызываемого эмоциональными причинами вида депрессии. В широких психологических кругах согласились с его точкой зрения и стали давать этому виду депрессии разные названия, из которых в последнее время наиболее часто употреблялось название “эндогенная” (Kendall & Gorlay, 1970). В третьем издании руководства “Диагностика и статистика психических расстройств” (DSM-III-R) проводится различие между депрессивной стадией биполярной депрессии и дистимическими нарушениями.

Психотерапевтам, однако, во многих случаях непросто было определить, к какому виду относится конкретный случай депрессии. Они могли с уверенностью диагностировать эндогенную депрессию, если в наличии были психомоторные нарушения, возбужденность, бред, галлюцинации и негативное отношение к жизни; однако психогенная депрессия диагностировалась обычно методом исключения — к ней относили все, что не подходило под определение депрессии эндогенной (Foulds, 1975; Kiloh, Andrews, Neilson, & Bianchi, 1972; Mendels & Cochrane, 1968).

Акискаль и его коллеги (Akiskal et al., 1979) провели обследование пациентов с “невротической депрессией”, в результате которого выяснилось, что эти больные вовсе не являются однородной группой. В исследовании принимали участие только пациенты, у которых не было нарушено чувство реальности, которые отдавали себе отчет в психологической природе своего заболевания и у которых отсутствовали бред и галлюцинации. Из большого количества людей, находящихся в состоянии депрессии, Акискаль и его коллеги сделали выборку в 100 человек, страдавших “невротической депрессией”. Через 3—4 года было проведено повторное исследование. За это время у многих пациентов проявились новые симптомы. У тридцати шести наблюдались моменты меланхолии, причем у половины из них (18% от общего числа) — с переменной полярности, в 10 случаях причиной заболевания оказались медицинские (хирургические) проблемы, а трое больных, как выяснилось, страдали шизофренией на разных стадиях. Большинству остальных пациентов поставили диагноз “хроническая вторичная

дисфория”; позже Акискаль (Akiskal, 1983) сказал, что такой диагноз предполагает наличие невротических источников депрессии. Он не знал, что к тому времени уже были найдены физиологические и клинические подтверждения того, что депрессия может вызываться тревожностью. Сейчас, однако, для нас имеет значение лишь то, что исследование Акискаля позволило убедиться: понятие “невротическая депрессия” (которую с не меньшим основанием можно назвать и “непсихотической депрессией”) относится к целому ряду нарушений.

## **Невротическая тревожность как причина депрессии**

Тревожность часто является единственным проявлением невроза, но она, кроме того, может лежать в основании психосоматических нарушений, заикания, сексуальных проблем, навязчивостей и компульсивного поведения. В этих случаях каузальная роль тревожности обычно становится очевидной при ближайшем рассмотрении. Однако, если невротическая тревожность предшествует депрессии, ее роль не столь очевидна. В двадцатом веке некоторые психиатры заметили связь между тревожностью и некоторыми видами депрессии. Одним из первых об этом написал Роджерсон (Rogerson, 1940), предложивший называть биологические депрессии “аффективными психозами”, а состояния тревожности (которые он подразделил на депрессивные неврозы и неврозы тревожности) — “аффективными неврозами”.

## ***Физиологические подтверждения***

Тридцать лет назад Шагасс, Найман и Михалик (Shagass, Naiman, & Mihalik, 1956) провели исследование, в котором измерялся порог торможения (Shagass, 1954) у лиц, страдающих эндогенной и невротической депрессией. Порог торможения измеряется следующим образом: испытуемому с равномерной скоростью вводят содиум амобарбитал (амитал) до тех пор, пока не появляются определенные изменения электроэнцефалограммы и пока он не прекращает отвечать на вопросы. Количество амитала, которое необходимо, чтобы произошли такие изменения, является мерой порога торможения. В данном исследовании порог тор-

можения использовался в качестве показателя тревожности. В результате эксперимента выяснилось, что у больных эндогенной депрессией порог торможения низок, а у тех, кто страдает невротической депрессией — высок. В общем, исследователи обнаружили существование прямой взаимосвязи между уровнем тревожности и количеством амитала, требующимся для борьбы с ней. Эндогенная депрессия диагностировалась на основании обычных критериев, таких как психомоторные нарушения, возбужденность, бред, галлюцинации, замедленная речь и негативное отношение к жизни. У больных невротической депрессией этих симптомов не было, зато присутствовали симптомы невроза, среди которых основное место занимала тревожность. При сравнении двух групп больных, в каждой из которых было по 25 человек, выяснилось, что у 23 человек, страдающих эндогенной депрессией, и лишь у одного, страдающего невротической, порог торможения был ниже, чем 4 мг/кг. Важно отметить, что среднее значение порога торможения у больных невротической депрессией (5,05) оказалось лишь немного ниже, чем у лиц, выделенных в особую группу с диагнозом “тревожное состояние” (5,32).

Другие исследователи (например, Gilberti & Rossi, 1962; Nymgaard, 1959; Perez-Reyes, 1972a, 1972b) продолжили подобные эксперименты. Так, Перез-Рейес выяснил, что порог торможения при невротической депрессии существенно выше, а при психотической — существенно ниже, чем в контрольной группе здоровых людей. Он убедительно продемонстрировал, что эндогенный и невротический виды депрессии должны рассматриваться как самостоятельные синдромы, поскольку их пороги торможения расположены в противоположных направлениях от нормального.

Гильберти и Росси обнаружили, что различать эндогенный и невротический виды депрессии можно и по реакции человека на возбуждающие препараты; Шагасс (Shagass, 1981) назвал эту реакцию “противоположно направленным порогом торможения”. В эксперименте Гильберти и Росси испытуемым с равномерной скоростью вводили метамфетамин или метилфенидат, измеряя при этом кровяное давление и пульс. Как и ожидалось, у больных эндогенной депрессией оказался высокий порог возбуждения (среднее значение — 17 мг метамфетамина на 1 кг веса), а у больных невротической депрессией — низкий (среднее значение — 7,1 мг/кг).

Надо сказать, что результаты исследований, примеры которых были приведены выше, практически не были приняты к сведению

психиатрами. Вот типичный пример: Рот и его коллеги (Roth et al., 1972) в своей статье о взаимоотношениях между тревожными состояниями и депрессией не упоминают работу Шагасса. Это важно, поскольку если бы психиатры поняли, что в некоторых случаях высокие показатели тревожности связаны с депрессией, они задумались бы о возможности преодоления депрессии путем преодоления тревожности. Как я покажу ниже, существуют клинические данные, подтверждающие, что это осуществимо.

### ***Изменения динамики невротической депрессии***

В начале 50-х годов я сделал собственные, независимые от результатов вышеупомянутых физиологических экспериментов, наблюдения относительно взаимосвязи между депрессией и невротической тревожностью. Очень часто у пациентов, на первый взгляд казавшихся невротиками, после клинического обследования выявлялись симптомы депрессии. После дополнительного изучения депрессия у них оказывалась вторичной по отношению к тревожности. Каузальная роль тревожности подтверждалась, если депрессия прекращалась после снятия тревожности.

Около 10 лет назад я представил результаты лонгитюдного исследования, проведенного мною в группе из 25 пациентов, составленной на основании случайной выборки (Wolpe, 1979). Основные данные, полученные в результате этого исследования, представлены в табл. 1. Клинические данные показывают, что существует четыре возможных вида динамической взаимосвязи между депрессией и тревожностью.

Прежде чем мы подробно рассмотрим их, позвольте мне сделать несколько общих замечаний о бихевиоральном подходе к неврозам, поскольку этот подход часто неверно понимается. Принято считать, что бихевиоральное воздействие жестко детерминировано и для каждого заболевания существует отработанный метод воздействия. Например, фобия излечивается путем применения метода десенситизации, а социальный страх — посредством тренинга уверенности в себе. Такое упрощенное представление присуще только людям, совершенно незнакомым с бихевиоральной концепцией неврозов, рассматривающей их как приобретенную привычную дезадаптивную реакцию тревожности (Wolpe, 1958, 1990). Бихевиоральная терапевтическая стратегия меняется от случая к

**Таблица 1. Сводные данные**

Основная причина тревожности	Количество случаев	Среднее время, прошедшее с момента появления симптомов депрессии	Среднее количество проведенных сеансов	Количество выздоровевших или сильно улучшивших свое состояние пациентов
Классическое обусловливание	11	9,6 лет	35,2	11
Когнитивная	6	7,3 года	24,5	5
Межличностная неадекватность	8	4,9 года	27,5	6
Потеря близкого человека	—	—	—	—
ВСЕГО	25	7,4 года	30,2	22

Количество случаев, наблюдавшихся не менее 6 месяцев: 19.  
Среднее время наблюдения: 5,2 года.

случаю, поскольку она формируется на основании тщательного анализа динамики тревожности. Тревожность рассматривается с точки зрения обусловливания и мотивации, имеющих место в каждом индивидуальном случае. Поэтому нельзя, диагностировав невротическую депрессию, лечить ее по схеме “из учебника”, используя во всех случаях, скажем, когнитивную терапию. Вместо этого следует подбирать индивидуальные лечебные процедуры для каждого пациента, в зависимости от динамической структуры течения болезни в конкретном случае. Далее я расскажу о том, как производится анализ этой структуры.

## **Диагностика и субдиагностика невротической депрессии**

Ход лечения определяется деталями истории болезни. Как видно из таблицы 1, при индивидуальном планировании лечения повышается его успешность. Возможность того, что депрессия явилась результатом тревожности, должна рассматриваться во всех случаях, когда отсутствуют признаки биполярной депрессии. Как про-

демонстрировали Акискаль и его коллеги (Akiskal et al., 1979), при отсутствии этих признаков депрессия часто оказывается эндогенной или невротической; вероятно, возможна и другая этиология — так полагают Акискаль (Akiskal, 1983) и Винокур (Winokur, 1985). Здесь я коснусь лишь того, как определяется невротическая депрессия.

Для того чтобы определить депрессию как невротическую, в наличии должна быть дезадаптивная тревожность. Тревожность является дезадаптивной, если она проявляется в обстоятельствах, объективно не представляющих угрозы для человека. Первый источник, к которому следует обращаться в поисках информации о дезадаптивной тревожности — это история жизни пациента. События и мысли, при которых проявился повышенный уровень тревожности, и люди, присутствовавшие при этом, могли стать “спусковым крючком”. В некоторых случаях более поздние события могут изменить характер тревожности или же могут появиться новые стимулы, способные вызывать ее вторичное обусловливание. Главной задачей изучения истории болезни является поиск очагов стимулов, вызывающих у пациента дезадаптивную тревожность в настоящее время. Именно на этих очагах будет фокусироваться наше внимание в ходе психотерапии. Необходимо анализировать динамику каждого стимула. К примеру, нам недостаточно знать, что пациента охватывает тревога при общении с людьми; важно определить, какие именно ситуации вызывают тревожность и от каких факторов зависит ее уровень. Если тревожность проявляется у человека в тех случаях, когда он становится центром внимания, факторами, влияющими на уровень тревожности, могут быть количество, возраст и социальное положение смотрящих на него людей, требования, предъявляемые к нему (например, к его речи), и неодобрение, которое он может вызвать (следует понять, в чем это неодобрение может выражаться). При составлении программы лечения должны приниматься во внимание все подобные факторы без исключения.

В основании невротической тревожности всегда лежит сложное переплетение причин — это справедливо даже относительно так называемых “простых” фобий. Хорошей иллюстрацией этого может служить агорафобия. Очень редко агорафобия представляет собой всего лишь страх расстаться с “надежным” местом или человеком; в некоторых случаях она связана с боязнью физического или эмоционального кризиса, сопровождающейся приступами



паники гетерогенной этиологии (Wolpe & Rowan, 1988). Кроме того, агорафобия может проявляться в страхе перед окружающим миром (с таким страхом связана одна из форм школьной фобии). Другой вид агорафобии присущ женщинам, несчастным в браке, которым не хватает самодостаточности; динамика их фобий чрезвычайно изменчива, и в процессе психотерапии их необходимо вооружать навыками социального контроля (Wolpe, 1990).

Рассмотрение истории болезни должно заканчиваться изучением отношений пациента с другими людьми в детстве, школьных воспоминаний и личной жизни. Дополнительную информацию получают при помощи таких опросников, как таблицы невротизма Виллоуби (the Willoughby Neuroticism Scedule), таблицы исследования страхов (the Fear Survey Schedule) и опросник для выявления самодостаточности Бернрейтера (the Bernreuter Self-Sufficiency Inventory). Каждый из этих опросников помогает получить данные относительно социальной тревожности и эмоциональной лабильности пациента.

При планировании лечения психотерапевт учитывает динамическую структуру каждого из очагов дезадаптивной тревожности (Wolpe, 1990). В 2/3 случаев (Ost & Hugdahl, 1981; Wolpe, 1981; Wolpe, Lande, McNally, & Schotte, 1985) необходимо снятие обусловливания посредством таких методов, как десенситизация, тренинг уверенности в себе или “эмоциональное наводнение”. В оставшейся трети случаев показана когнитивная коррекция. Иногда она применяется в сочетании с первой группой методов. Диагноз “невротическая депрессия” подтверждается, если уровни тревожности и депрессии меняются одновременно в одну и ту же сторону. Но даже в тех случаях, когда одновременное изменение неочевидно, желательно проводить процедуры по снятию обусловливания дезадаптивной тревожности, поскольку, как показывает опыт, они обычно приводят к ослаблению депрессии. Конечно, это происходит не всегда — например, такого результата не будет, если депрессия является по существу эндогенной и всего лишь “сосуществует” с невротической тревожностью. В моей практике были случаи, когда успешное снятие обусловливания тревожности оказывалось возможным лишь после применения лития для ослабления депрессии.

Помочь в диагностике невротической депрессии могут следующие признаки: отсутствие расстройств сна (больной не просыпается слишком рано) и большая продолжительность депрессии (не-

леченные невроты также характеризуются большой продолжительностью). Необходимо также заметить, что распространенное ранее представление о том, что невротическая депрессия может иметь в своем основании стресс, не соответствует действительности — это скорее верно относительно депрессии эндогенной (Hirschfeld et al., 1985; Leff, Roatch, & Bunney, 1970; Paykel et al., 1969; Thompson & Hendrie, 1972).

## **Виды взаимосвязи между тревожностью и невротической депрессией**

Существует четыре вида взаимосвязи между тревожностью и депрессией. В некоторых случаях можно сказать, что имеют место сразу два или более из них.

### *1. Невротическая депрессия как следствие классически обусловленной тревожности*

Пациенты с невротической тревожностью могут испытывать депрессию, отклонения в уровне которой коррелируют с изменениями интенсивности тревожности. Иногда депрессия у них может становиться основным эмоциональным состоянием, даже вытеснять тревожность (Wolpe, 1958, 1990). Из исследования Шагасса (см. выше) очевидно, что истоки заболевания лежат в тревожности, хотя пациенты и жалуются на депрессию. Последняя уменьшается при снятии обусловливания тревожности, и иногда даже сходит на нет до полного выхода пациента из тревожного состояния. Одиннадцать случаев в табл. 1 иллюстрируют этот вид взаимодействия между тревожностью и депрессией.

### *2. Невротическая депрессия как следствие тревожности, вытекающей из ошибочных представлений*

Здесь тревожность не является классически обусловленной, но основана на ошибочных представлениях о себе и окружающем мире. В табл. 1 приведено 6 случаев такого типа. Этих пациентов удалось излечить при помощи когнитивной коррекции. Согласно Беку (Бек, 1967), депрессия всегда вызывается ошибочными представлениями. Результаты нашего анализа не подтверждают эту

точку зрения, о чем я подробнее скажу позже. В большинстве случаев, с которыми мы сталкивались, выздоровление не было связано с применением когнитивной коррекции.

### *3. Невротическая депрессия, вызванная тревожностью, протекающей из межличностной неадекватности*

Высокий уровень тревожности может проявляться в разных ситуациях межличностного общения, например, когда необходима уверенность в себе или когда человек рискует вызвать неодобрение окружающих. Такая тревожность может вести к неудачам в общении, а осознание этих неудач может стать поводом к депрессии. Невозможность самовыражения сама по себе может вызвать у человека чувство, что он неудачник, постепенно переходящее в депрессию. В таких случаях основной упор при лечении должен делаться на тренинг уверенности в себе. При многократном воспроизведении уверенного поведения тревожность при общении снижается. Уверенность в себе может выражаться в проявлениях гнева или других эмоций, адекватных ситуации. Некоторые пациенты не могут начать вести себя уверенно из-за страха ответного удара, другим мешает чувство вины. Эти эмоциональные трудности обычно легко преодолеваются, если тренингу уверенности в себе предшествует выполнение программы систематической десенситизации.

### *4. Невротическая депрессия как результат чрезмерной реакции на утрату близкого человека*

Если состояние горя, связанное с потерей близкого человека, проявляется необычно тяжело или очень долго, необходимо выяснить, не является ли оно депрессивной стадией биполярной депрессии (Hirschfeld et al., 1985; Thompson & Hendrie, 1972). Однако в некоторых случаях за непроходящим ощущением горя стоит высокий уровень тревожности, обусловленный потерей. Тревожность может мешать воспроизведению (проживанию вновь) образов, причиняющих страдание, таким образом не давая горю утихнуть. Рамсей (Ramsay, 1977) получил потрясающие результаты, применив в одном из таких случаев метод “наводнения” — его пациент должен был постоянно концентрироваться на реальности смерти и на драгоценных для него образах из жизни ушедшего близ-

кого человека. (См. также Lieberman, 1978; Phillips, 1978; Wanderer & Cabot, 1978 — эти авторы описывают параллельное лечение депрессии, ставшей результатом безответной любви). В нашей выборке не было случаев, в которых утрата близкого человека являлась бы основным источником депрессии, но в одном из случаев она среди прочих факторов способствовала возникновению заболевания.

## **Результаты лечения**

Лечение депрессии в 25 случаях, данные о которых представлены в табл. 1, заключалось в преодолении привычной реакции дезадаптивной тревожности, наличие которой было выявлено при рассмотрении истории болезни. Как показано в табл. 1, невротическая депрессия была преодолена или существенно снижена в 22 случаях из 25, в двух случаях улучшения состояния не произошло, а в одном имели место рецидивы депрессии в ослабленной форме. В этих трех случаях нам не удалось преодолеть и невротическую тревожность. Обычно депрессия прекращается задолго до того, как пациент полностью избавляется от привычной реакции тревожности. За 19 из 22 пациентов, лечение которых имело положительный результат, мы наблюдали в течение 6 и более месяцев после завершения психотерапии. Ни у одного из них не было рецидивов.

Проведенное исследование, безусловно, нуждается в формальном повторении, но уже сделанного достаточно для предварительного подтверждения гипотезы о том, что некоторые виды депрессии являются функцией тревожности и их лечение должно заключаться в снятии обуславливания невротической тревожности. Следует заметить, что в литературе часто встречаются свидетельства того, что депрессия поддается психотерапевтическому воздействию (например: Copeland, 1983; Kiloh & Garside, 1963).

## **Почему нынешние исследования не являются результативными**

Эндогенную депрессию обычно лечат биологическими методами — в основном антидепрессантами. Многие считают, что “непсихотическую депрессию” лучше всего лечить применением разных видов психотерапии, таких, как межличностная терапия

(Klerman et al., 1974; Weissman et al., 1981), когнитивная терапия (Beck et al., 1985; Rush & Watkins, 1981; Shaw, 1977), тренинг социальных навыков (Bellack, Hersen, & Himmelhoch, 1983; Hersen, Bellack, & Himmelhoch, 1980, 1984) и психотерапия подкрепления (Azrin & Besalel, 1981; Lewinsohn et al., 1981). Сообщения этих авторов стали толчком к осуществлению стоившей многие миллионы долларов исследовательской программы, которую спонсировал Национальный институт психического здоровья (Elkins et al., 1989). Целью программы было сравнить результаты применения межличностной психотерапии и когнитивно-бихевиоральной терапии, с одной стороны, и лечения с применением имипрамина — с другой, а также сравнить результаты, полученные в обеих группах, с результатами контрольной группы, участники которой принимали плацебо и участвовали в 30-минутной поддерживающей (не психотерапевтической) беседе. Однако и те, кто выполнял эту программу, и их предшественники считали группы испытуемых однородными, полностью игнорируя убедительно продемонстрированный Акискалем (Akiskal et al., 1979) факт гетерогенности непсихотической депрессии, не говоря уже о гетерогенных подклассах невротической депрессии, описанной выше. Представьте себе, что кто-то решил изучить воздействие разных медикаментов на пневмонию, не учитывая, какие организмы вызвали ее в каждом из случаев. Столь же бесполезно пытаться исследовать воздействие разных видов лечения на группы, в которых перемешаны разные виды психической патологии.

## **Почему разные виды психотерапии могут добиваться успеха при лечении непсихотической депрессии**

Следует объяснить, почему каждому из вышеупомянутых видов психотерапии удавалось достичь успеха при лечении депрессии. Во-первых, необходимо отметить, что ни один из указанных авторов не занимался диагностической дифференциацией, поэтому нам неизвестно реальное распределение субдиагнозов в их исследованиях. Для примера предположим, что в каждом из исследований рассматривалось по 100 случаев, диагностическое распределение среди которых было таким же, как среди 100 пациентов, наблюдавшихся Акискалем и его коллегами (Akiskal et al., 1979). Вычтем 36 случаев эндогенной депрессии, десять — в которых депрессия была

вторичной по отношению к физическому заболеванию, и два, на проверку оказавшихся шизофренией. Остается 52 пациента с диагнозом, который Акискаль (Akiskal, 1983) определил как “хроническая вторичная дисфория”. Эти пациенты были подразделены на две группы: первая — с преобладающей тревожностью (следовательно, можно предположить, что испытуемые в этой группе страдали невротическими неврозами); и вторая — с характерологической депрессией. (Из приложенных Акискалем историй болезни видно, что многие из пациентов второй группы, вероятно, тоже страдали невротической депрессией.) Для простоты предположим, что у всех оставшихся 52 испытуемых была невротическая депрессия. Поскольку примерно половина пациентов Акискаля и его коллег находилась на стационарном лечении (а в стационаре невротические больные попадают реже), резонно предположить, что в 60 амбулаторных случаях из 100 непсихотическая депрессия является невротической. На самом деле, Килох и Гарсайд (Kiloh & Garside, 1963) считают, что процент невротических случаев депрессии еще выше.

От психотерапевтического вмешательства *любого* вида можно ожидать благоприятного результата примерно в 30 из 60 случаев невротической депрессии, поскольку до 50% невротических пациентов испытывают существенное ослабление симптомов при любом доброжелательно окрашенном общении (см., например: Coleman, Greenblatt, & Solomon, 1956; Kellner & Sheffield, 1971; Wilder, 1945). Здесь, как вы понимаете, имеет место феномен, который психоаналитики называют “переносом”, а бихевиоральные психотерапевты — “неспецифическими эффектами общения”. В 11 (27%) из оставшихся 40 случаев, по наблюдениям Клермана и Коула (Klerman & Cole, 1965) можно ожидать спонтанного улучшения состояния в течение нескольких недель. Если добавить к этому 30 пациентов, чье состояние улучшилось благодаря психотерапии, мы увидим, что выздоровления в гетерогенной группе пациентов с непсихотической депрессией, для лечения которых использовался *любой* вид психотерапии, можно ожидать в 41% случаев.

Возьмем когнитивную психотерапию и на ее примере продемонстрируем обманчивость опубликованных результатов изучения эффективности психотерапевтического воздействия. На основании исследований Оста и Нагдала (Ost & Hugdahl, 1981) и Вольпе (Wolpe, 1981) можно предположить, что 20 (одна треть) невротических случаев из тех, что были описаны Беком, были когни-

тивными по своей природе. Если бы использование когнитивных методов оказало положительное воздействие в каждом из них, уровень успешности поднялся бы с 41% до 61%.

Наше предположение весьма близко к истине. В отчете Бека и его коллег (Beck et al., 1985) 25 (67%) из 37 пациентов, при лечении которых применялась когнитивная психотерапия, были названы выздоровевшими или сильно улучшившими свое состояние. Успех во всех 67% процентах случаев объясняется применением когнитивной психотерапии, однако мы с вами только что убедились, что это объяснение может быть верным лишь в 20% случаев. Несмотря на то, что наши подсчеты основаны на гипотезе, они все же показывают, как приверженцы частных психотерапевтических методов заблуждаются, считая именно свой метод особо эффективным при лечении непсихотической депрессии.

## **Предложения по исследованию эффективности лечения непсихотической депрессии**

Исследования результатов лечения в группах со смешанной патологией не имеют большой ценности, за исключением тех случаев, когда изучается воздействие на определенный симптом (скажем, анальгетики способны снимать боль независимо от того, чем она вызвана). В непсихотической депрессии можно с достаточной долей уверенности выделить депрессию невротическую и эндогенную. Безусловно, настанет день, когда мы сможем диагностировать и другие ее виды. При исследовании эффективности воздействия должна учитываться этиология заболевания (т.е. заболевания должны группироваться по этиологическому признаку, и исследование должно проводиться в рамках каждой отдельной группы). Когда мы имеем дело с невротическими случаями, при формировании групп необходимо учитывать еще и разные виды взаимодействия между тревожностью и депрессией. Затем сформированные группы можно разбивать на подгруппы, каждая из которых будет подвергаться определенному виду психотерапевтического воздействия. После этого, на основании успешности лечения в подгруппах, можно сравнивать результаты, например, бихевиорального воздействия, с результатами любого другого. Когда мы научимся определять другие категории непсихотической депрессии в зависимости от их этиологии (Akiskal, 1983; Winokur, 1985), результаты их лечения смогут исследоваться подобным же образом.

## Литература

- Akiskal, H.S. (1983). Dysthymic disorder: Psychopathology of proposed chronic depressive subtypes. *American Journal of Psychiatry*, 140, 11—20.
- Akiskal, H.S., Rosenthal, R.H., Rosenthal, T.L., et al. (1979). Differentiation of primary affective illness from situational, symptomatic and secondary depression. *Archives of General Psychiatry*, 36, 635—643.
- Ascher, E. (1962). A criticism of the concept of neurotic depression. *American Journal of Psychiatry*, 108, 901—908.
- Azrin, N.H., & Besalel, V.A. (1981). An operant reinforcement method of treating depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 12, 145—151.
- Beck, A.T. (1967). *Depression*. New York: Harper & Row.
- Beck, A.T., Hollon, S.D., Young, J.E., et al. (1985). Treatment of depression with cognitive therapy and amitriptyline. *Archives of General Psychiatry*, 42, 142—148.
- Bellack, A.S., Hersen, M., & Himmelhoch, J. (1983). A comparison of social skills training, pharmacotherapy, and psychotherapy for depression. *Behavior Research and Therapy*, 21, 101—107.
- Brown, G.W., Davidson, S., Harrison, U., et al. (1977). Psychiatric disorder in London and North Uist. *Social science and medicine*, 11, 367—377.
- Coleman, J.V., Greenblatt, M., & Solomon, H.S. (1956). Psychological evidence of rapport during psychotherapeutic interview. *Dis Nerv Syst*, 17, 71—77.
- Copeland, J.R. M. (1983). Psychotic and neurotic depression: Discriminant function analysis and five-year outcome. *Psychological medicine*, 13, 373—383.
- Elkins, I., Shen, T., et al. (1989). NIMH treatment of depression collaborative program. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971—982.
- Foulds, G.A. (1975). The relationship between the depressive illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 123, 531—532.
- Gilbert, R., & Rossi, R. (1926). Proposal of a psychopharmacological test (“stimulation threshold”) for differentiating neurotic from psychotic depression. *Psychopharmacologia*, 3, 128—131.
- Hersen, M., Bellack, A.S., Himmelhoch, J.M. (1980). Treatment of unipolar depression with social skills training. *Behav Mod*, 4, 547—556.
- Hersen, M., Bellack, A.S., Himmelhoch, J.M., et al. (1984). Effects of social skills training, amitriptyline, and psychotherapy in unipolar depressed women. *Behavior Therapy*, 15, 21—40.
- Hirschfeld, R.M.A., Klerman, G.L., Andreasen, N.C., et al. (1985). Situational major depression disorder. *Archives of General Psychiatry*, 42, 1109—1114.
- Kay, D.W.K., Garside, R.D., Roy, J.R., et al. (1969). “Endogenous” and “neurotic” symptoms of depression: A 5— to 7-year follow-up of 104 cases. *British Journal of Psychiatry*, 115, 389—399.
- Kellner, R., & Sheffield, B.F. (1971). The relief of distress following attendance at a clinic. *British Journal of Psychiatry*, 118, 195—198.
- Kendell, R.E., & Gourlay, J. (1970). The clinical distinction between psychotic and neurotic depressions. *British Journal of Psychiatry*, 117, 257—266.
- Kiloh, L.G., Andrew, G., Neilson, M., & Bianchi, G. N. (1972). The relationships of the syndromes called endogenous and neurotic depression. *British Journal of Psychiatry*, 121, 183—196.
- Kiloh, L.G., & Garside, R.F. (1963). The independence of neurotic depression and endogenous depression. *British Journal of Psychiatry*, 109, 451—463.



- Klerman, G.L. (1989). Mood disorders. In *Treatments of psychiatric disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Klerman, G.L., & Cole, J.O. (1965). Clinical pharmacology of imipramine and related antidepressant compounds. *Pharmacol. Rev.*, 17, 101—141.
- Klerman, G.L., DiMascio, A., Weissman, M.M., et al. (1974). Treatment of depression by drugs and psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 131, 186—191.
- Kraepelin, D. (1913). *Lehrbuch der Psychiatrie* (ed. 8). Leipzig: Barth.
- Leff, M.J., Roatch, J.F., & Bunney, W.E. (1970). Environmental factors preceding the onset of severe depressions. *Psychiatry*, 33, 293—311.
- Lewinsohn, P.M., Steinmetz, J.L., Larson, D.W., et al. (1981). Depression related cognitions: Antecedent or consequence? *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 213—219.
- Lewis, A.J. (1938). States of depression: Their clinical and aetiological differentiation. *British Medical Journal*, 4060.
- Lieberman, S. (1978). Nineteen cases of morbid grief. *British Journal of Psychiatry*, 132, 159—161.
- Masserman, J.H. (1946). *Principles of dynamic psychiatry*. Philadelphia: Sanders.
- Mendels, J., & Cochrane, C. (1968). The nosology of depression: The endogenous-reactive concept. *American Journal of Psychiatry*, 124 (Suppl.), 1—11.
- Nymgaard, K. (1959). Studies on the sedation threshold. *Archives of General Psychology*, 1, 530—536.
- Ost, L., & Hugdahl, K. (1981). Acquisition of phobias and anxiety response patterns in clinical patients. *Behavior Research and Therapy*, 19, 439—477.
- Pavlov, I. P. (1941). *Conditioned reflexes and psychiatry*. Translated by W. H. Gantt. New York: International.
- Paykel, E.S., Myers, J.K., Diehelt, M.N., et al. (1969). Life events and depression. *Archives of General Psychology*, 21, 753—760.
- Perez-Reyes, M. (1972a). Difference in sedative susceptibility between types of depression: Clinical and neurophysiological significance. In T.A. Williams, M.M. Katz, & J.A. Shields, Jr. (Eds.), *Recent advances in the psychobiology of the depressive illnesses* (pp. 119—130). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Perez-Reyes, M. (1972b). Differences in the capacity of the sympathetic and endocrine systems of depressed patients to react to a physiological stress. In T.A. Williams, M.M. Katz, & J.A. Shields, Jr. (Eds.), *Recent advances in the psychobiology of the depressive illnesses* (pp. 131—135). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Ramsay, R.W. (1977). Behavioural approaches to bereavement. *Behavioral Research and Therapy*, 15, 131—135.
- Rogerson, C.H. (1940). The differentiation of neurosis and psychosis with special reference to states of depression and anxiety. *J. Ment. Sci.*, 86, 632.
- Roth, M., Gurney, C., Garside, R.F., et al. (1972). Studies in the classification of affective disorders. The relationship between anxiety states and depressive illness—1. *British Journal of Psychiatry*, 121, 147—161.
- Rush, A.J., & Watkins, J.T. (1981). Group versus individual cognitive therapy: A pilot study. *Cognitive Therapy and Research*, 5, 95—103.
- Shagass, C. (1954). The sedation threshold: A method for estimating tension in psychiatric patients. *Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol.*, 6, 221—228.
- Shagass, C. (1981). Neurophysiological evidence for different types of depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 12, 99—111.
- Shagass, C., Naiman, J., & Mihalik, J. (1956). An objective test which differentiates between neurotic and psychotic depression. *Arch. Neurol. Psy.*, 75, 461—471.

- Shaw, B.F. (1977). Comparison of cognitive therapy and behavior therapy in the treatment of depression. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 45, 543—551.
- Thompson, K.C., & Hendrie, H.C. (1972). Environmental stress in primary depressive illness. *Archives of General Psychiatry*, 26, 130—132.
- Weissman, M.M., Klerman, G.L., Prusoff, B.A., et al. (1981). Depressed outpatients: Results one year after treatment with drugs and/or interpersonal psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 38, 51—55.
- West, E.M., & Dally, P.G. (1959). Effects of iproniazid in depressive syndromes. *British Medical Journal*, 1, 1491—1494.
- Wilder, J. (1945). Facts and figures on psychotherapy. *Journal of Clinical Psychopathology*, 7, 311.
- Winokur, G. (1985). The validity of neurotic-reactive depression: New data and appraisal. *Archives of General Psychiatry*, 42, 1116—1122.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Wolpe, J. (1979). The experimental model and treatment of neurotic depression. *Behavior Research and Therapy*, 17, 555—565.
- Wolpe, J. (1981). The dichotomy between directly conditioned and cognitively learned anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 12, 35—42.
- Wolpe, J. (1985). Panic attacks are not homogenous. *Proceedings*, Fourth World Congress of Biological Psychiatry. Philadelphia.
- Wolpe, J. (1986). The positive diagnosis of neurotic depression as an atiological category. *Comp Psy*, 27, 449—460.
- Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy* (4th ed.). New York: Pergamon.
- Wolpe, J., Lande, S.D., McNally, R.J., & Schotte, D. (1985). Differentiation between classically conditioned and cognitively based fears: Two pilot studies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 16, 287—293.
- Wolpe, J., & Rowan, V.C. (1988). Panic disorder: A product of classical conditioning. *Behavior Research and Therapy*.

## ***Комментарий Томаса Заца***

Сказанное д-ром Вольпе для меня лично является иллюстрацией всего, что делает качество современной психотерапевтической литературы неудовлетворительным и невдохновляющим. Все, что он говорит, он говорит на жаргоне. Особенно портят текст такие термины, как “эндогенная — невротическая”, “дистимическое нарушение”, “вторичная дисфория”, “смешанная патология”, “небиполярная” и, безусловно, “пациент” и “лечение”. Так и хочется спросить: “А был ли мальчик?” О них нам ничего не известно. Зато известно, что д-р Вольпе якобы “вылечивает” людей в 22 из 25 случаев. Полагаю, эти люди приходят к нему по собственной воле, хотя полной уверенности у меня нет, поскольку д-р Вольпе даже этого нам не сообщает. Работу каждого, кто так же убежденно, как д-р Вольпе, придерживается в своей работе медицинской модели, справедливо оценивать в терминах этой модели. Врачи, которые лечат больных СПИДом, лимфомой или рассеянным склерозом, предоставляют данные не только о том, как им удалось вылечить пациентов, но и о неудачных результатах лечения. Стал бы д-р Вольпе знакомить нас с результатами своей “терапии”, если бы состояние 22 из 25 его пациентов не улучшилось (ухудшилось)? Насколько я знаю, о своих неудачах он предпочитает молчать. Да, мы с ним, кажется, соглашаемся в одном вопросе, а именно: мы оба считаем, что то, что другие психотерапевты называют заболеваниями (психическими расстройствами) на самом деле является просто нежелательными (для самого человека и для окружающих его людей) видами поведения. Однако д-р Вольпе дает этим видам поведения названия, похожие на медицинские, и обращается с ними, *как будто* они являются заболеваниями. Например, д-р Вольпе говорит: “...терапевтические стратегии преодоления привычек”. Но привычки — это не заболевания. Дело обстоит сложнее, чем согласен допустить д-р Вольпе. В конце концов, изменением привычек, кроме психотерапевтов, занимаются еще и рекламные агенты, политики, учителя, проповедники и, разумеется, родители и супруги — в общем, практически все на свете. Так же, как и д-р Вольпе, я интересуюсь человеческими привычками — это видно из следующего сделанного мною наблюдения: “Женщины выходят замуж, надеясь, что их мужья изменятся; мужчины женятся с надеждой, что их жены не изменятся никогда. И тех, и других ожидает разочарование. Это само

по себе плохо — но, если пойти к психотерапевту, чтобы он помог справиться с проблемой, может быть еще хуже” (цит. по кн.: Szasz, 1990).

По существу, д-р Вольпе заявляет, что у него есть ключ от замка, но нет замка (и он не одинок в своей непоследовательности). Мне же представляется весьма нелогичной позиция человека, который говорит: “Х — не замок” (психическое расстройство — не заболевание (а поведение)), а затем заявляет, что только у него есть ключ, которым замок можно открыть (бихевиоральная *терапия*).

Должен сказать, что стиль, которым д-р Вольпе описывает людей (а также то, что он называет “диагнозами” и “терапией”) мне настолько несимпатичен, что так и хочется над ним посмеяться. Например, словосочетание “невротическая депрессия как следствие тревожности, вытекающей из ошибочных представлений” кажется мне очень смешным. Если вам не смешно, могу пояснить. “Ошибочные представления” — это, определенно, вещь реальная, которую можно попробовать на вкус. Уверяю вас — будет вкусно, но только если это “ошибочные представления” другого человека. Если же они ваши собственные — вкус вам не придется по душе. Так что я не рекомендую этого делать. Лучше послушаем Марка Твена: “Ничто так не нуждается в реформировании, как привычки других людей” (Twain, 1884/1964).

## Литература

Szasz, T.S. (1990). *The untamed tongue: A dissenting dictionary* (p. 94). La Salle, IL: Open Court.

Twain, M. (1884/1964)/ *Pudd'nhead Wilson* (p. 113). New York: Signet.

## Ответ доктора Вольпе

Я хотел бы ответить на некоторые положения, высказанные доктором Зацем. Во-первых, 25 случаев, в тщательном подборе которых от меня обвинил, были на самом деле выбраны случайно. Истории болезни были вынуты из папок моим помощником, ничего не знавшим ни о психотерапии, ни о содержании папок. Во-вторых, все пациенты приходили ко мне по собственному желанию. Я никогда не лечил ни одного человека по принуждению. Третье, я употребляю слово “пациенты” по отношению к людям,

которые страдают — именно таково значение этого слова, и именно в этом значении я его использую.

Д-р Зац заметил одну очень важную вещь — а именно, что я работаю с привычками. Вся бихевиоральная терапия направлена на избавление людей от дезадаптивных привычек. В области эмоциональных проблем она состоит в снятии (психологическом преодолении) дезадаптивной привычки испытывать тревожность в ответ на ситуации, не представляющие угрозы. Тревожность в таких случаях — как ненужная боль. Например, один человек тревожится, когда находится в центре внимания, другой — когда его критикуют. Если пациента расстраивают подобные вещи, такие процедуры, как систематическая десенситизация, помогают преодолеть его чувствительность к ним. Может быть, д-р Зац не понимает, что эмоциональные привычки — это такие же привычки, как, например, привычка снимать шляпу, входя в помещение. Если в привычку входит *дезадаптивная* тревожность, мы стараемся помочь человеку от нее избавиться.

Поскольку д-р Зац одобрительно относится к термину “ошибочные представления”, я кратко опишу случай тяжелой депрессии, развившейся в результате ошибочных представлений. Женщина страдала депрессией и тревожностью в течение 10 лет, за которые она поменяла двух психоаналитиков. Во время первых трех сеансов я очень осторожно разведывал ее прошлое и нынешние обстоятельства, чтобы выяснить, чем вызвана депрессия. Оказалось, что депрессия появилась после того, как женщина вышла замуж. Поводом к депрессии стало то, что она не способна была испытывать оргазм во время коитуса с мужем. И ее муж, и оба психиатра сходились во мнении, что дело было в каких-то “глубинных” причинах. Постепенно она стала считать себя существом второго сорта. Например, если в гостях муж более или менее заинтересованно разговаривал с другой женщиной, пациентку наполняла зависть и, даже если собеседница мужа не отличалась привлекательностью, думала: “Зато у нее нет моего дефекта”.

В течение первых трех сеансов выяснилось, что причина, по которой женщина не испытывала оргазма, вовсе не была “глубинной”. Дело было в том, что еще в детстве ее сделало недоверчивой поведение отца, который часто действовал за ее спиной. Например в 13-летнем возрасте у нее была любимая собака, которую отец не любил, и однажды усыпил, пока девочка была в школе. Постепенно у нее пропало доверие ко всем, в том числе и к мужу.

Выяснилось, что она не могла испытывать оргазм с мужем, поскольку это означало бы полное раскрытие перед ним.

Когда человек испытывает оргазм, он как бы полностью отдается своим ощущениям, и женщина не могла допустить, чтобы ее муж был свидетелем этого. Мастурбация же довольно легко приводила к оргазму. Когда женщина поняла, в чем причина ее проблемы, у нее произошло значительное повышение самооценки, и депрессия прекратилась после первых трех сеансов, которые мы с ней провели, и не возобновляется по сей день. Я решил снять обусловливание страха довериться, чтобы у женщины появилась способность испытывать оргазм в присутствии мужа. Этому удалось добиться при помощи десенситизации. Затем я помог ей отказаться от ложного убеждения, лежавшего в основании депрессии, после чего мы перешли к работе со страхом, из которого выросли все остальные проблемы.

## Вопросы и ответы

**Вопрос:** Д-р Вольпе, у меня к Вам есть два вопроса. Первый: при помощи каких критериев измерялись улучшения состояния?

**Вольпе:** После лечения у пациента прекращалась депрессия. Он больше не употреблял слово “депрессия”, описывая свое состояние.

**Вопрос:** То есть о том, что состояние улучшилось, Вы узнавали со слов пациентов?

**Вольпе:** Да, так обычно поступают при лечении невротических пациентов. Они приходят к вам и говорят: “Я боюсь критики”. Они рассказывают вам, чего они боятся. А вы их лечите. В конце лечения они говорят: “Эта абсурдная критика больше меня не беспокоит”. С клинической точки зрения, пациент страдает. Они приходят и рассказывают вам об этом, а в конце, если лечение прошло удачно, он говорит, что больше не страдает и хорошо себя чувствует.

**Вопрос:** Значит, депрессия у этих пациентов проходила и больше не возобновлялась?

**Вольпе:** Да. Это не означает, конечно, что если кто-то из них потерял крупную сумму денег на бирже, у него не возникло временное депрессивное состояние.

**Вопрос:** Второй вопрос таков: была ли у вас контрольная группа, в которой использовалась поддерживающая беседа, но не проводилась терапия?

**Вольпе:** Контрольной группы не было. Конечно, чтобы доказать эффективность определенного метода, нужны контрольные группы. Но для начала следует продемонстрировать возможность применения этого метода в принципе.

## **Аарон Бек**

### **КОГНИТИВНАЯ ТЕРАПИЯ**

*Аарон Бек — пионер когнитивной терапии и крупный специалист в области лечения депрессий. Степень доктора медицинских наук он получил в 1946 в Йельском Университете и сейчас является профессором психиатрии, а также профессором педагогической аспирантуры в Университете штата Пенсильвания. Кроме того, он внештатный профессор психиатрии в Университете Темпле.*

*Бек — автор многочисленных книг, рассказывающих о применении когнитивной терапии в целях предотвращения суицидов и при эмоциональных нарушениях: депрессии, тревожности, фобиях. Более 150 статей Бека были опубликованы в научных журналах. Он получил награды Американской психиатрической ассоциации, Американской психопатологической ассоциации и Американской ассоциации суицидологии.*

*Бек рассказывает об основах теории и практики когнитивной терапии. Особое внимание в своем выступлении он уделяет динамике депрессии и тревожности. Кроме того, автор говорит о роли психотерапевта в процессе лечения и о механизмах, обеспечивающих эффективность психотерапии.*

### **Определение когнитивной терапии**

Когнитивная терапия — это краткий, фокусированный вид психотерапевтического воздействия, созданный после того, как была обнаружена взаимосвязь между привычными мыслительными (когнитивными) ошибками и психологическими нарушениями. Структурно теория когнитивной психотерапии связана с когнитивной психологией, теорией обработки информации, социальной психологией, эволюционной биологией и психоанализом. В основе когнитивной терапии лежит следующий принцип: чувства и поступки человека зависят от того, как он структурирует информацию о



происходящем с ним (например, когда человек считает, что определенная ситуация представляет для него угрозу, он чувствует тревогу и стремится избежать опасности).

Когниции (мысли) — вербальные или визуальные единицы в потоке человеческого сознания — связаны с лежащими в их основе убеждениями, установками и представлениями. Пациент может слишком строго судить себя в силу того, что он убежден в собственной неполноценности; он может оказаться неспособным выработать план или стратегию решения проблемы, потому что считает себя беспомощным; или же человек может делать умозаключения, исходя из уверенности в том, что его в любом случае постигнет неудача.

Когнитивная терапия, отличительными особенностями которой являются активность, структурированность и краткость, эффективно используется при лечении депрессии, тревожности, фобий, психосоматических нарушений, расстройств питания и хронических болей. Сочетание вербальных методов и техник бихевиоральной модификации применяется в рамках когнитивной модели психопатологии. Техники построены таким образом, чтобы помочь пациенту обнаружить и скорректировать искажающие реальность представления и дисфункциональные убеждения, лежащие в основе когниций. Улучшение в состоянии пациентов происходит в результате того, что их мышление и поведение при решении психологических и ситуативных проблем становятся более реалистичными и адаптивными.

### ***Модель аномального поведения***

Психопатологическая модель когнитивной терапии основана на следующей предпосылке: чрезмерные дисфункциональные реакции — это нормальные адаптивные реакции, проявляющиеся в преувеличенном виде. Четыре основные эмоции возникают в связи с разными типами концептуализации событий. Печаль провоцируется ощущениями потери, поражения или лишения чего-то. Часто потеря принимает форму разочарования в результате несбывшихся ожиданий. Реакция на потерю выражается в том, что человек перестает испытывать эмоции относительно источника разочарования и прекращает движение к цели.

Тревога и гнев возникают, когда человек чувствует угрозу для себя. Охваченный тревогой, он стремится отдалиться от того, что его пугает. Чувствуя гнев, он обращает внимание скорее на объект, от которого исходит угроза, чем на собственную уязвимость. Злой, гневающийся человек атакует то, что ему угрожает.

Психопатологические синдромы представляют собой нормальные эмоциональные реакции, неизменно повторяющиеся в преувеличенном виде. При депрессии чувства поражения и депривации, печали и разочарования в возможности достижения поставленных целей становятся всепоглощающими. При мании усиливается стремление к цели. У людей, страдающих повышенной тревожностью, возрастает чувство собственной уязвимости, из которого вытекает стремление защищаться и избегать того, что пугает. При паранойе же человек бывает одержим ощущением, что с ним неправильно обращаются и, как следствие, у него возникает желание контратаковать обидчиков.

Считается, что посредниками при возникновении всех эмоциональных реакций являются первичные когнитивные процессы, концепция которых аналогична фрейдовской концепции первичных процессов. Первое формируемое человеком представление о ситуации является общим и довольно-таки приблизительным. “Нормальному” индивиду свойствен более высокий уровень когнитивной обработки информации, который можно сравнить с тем, что Фрейд называл вторичными процессами, позволяющий проверить и исправить исходно сформировавшуюся общую концепцию события. Однако при наличии патологии корректирующая функция когнитивной обработки информации нарушается. Поэтому для человека перестают существовать нормальный “пол” под печалью и “потолок” над радостью, гневом и тревожностью. Если вторичные процессы разлажены, первичные реакции превращаются в психопатологические синдромы.

В данном анализе когнитивных механизмов не затрагивается вопрос причинно-следственной связи; когнитивные структуры и процессы не содержат в себе ни непосредственных, ни основных *причин* патологии. Истоки психопатологических синдромов лучше всего искать во взаимодействии врожденных, биологических и филогенетических факторов друг с другом и с воздействием окружающего мира.

## ***Основные принципы когнитивной модели***

В основе когнитивной модели лежат восемь конкретных принципов. Первый из них таков: поведение и чувства человека определяются тем, как он структурирует ситуацию. Например, когда человек считает ситуацию опасной, он чувствует тревогу и принимает меры для того, чтобы защитить себя или же сбежать. Когнитивное структурирование пускает в ход определенные эмоции, которые либо мобилизуют человека, заставляя его действовать, либо демобилизуют его. Такими эмоциями могут быть тревога, гнев, печаль или любовь — их поведенческими коррелятами являются бегство или нападение, отстранение или приближение.

Второй принцип заключается в том, что интерпретация — это активный непрерывный процесс, включающий в себя оценку ситуации, возможного поведения в ней, потенциальной выгоды, риска и пригодности разных стратегий поведения. Если человек решает, что в определенной ситуации затрагиваются его жизненные интересы, он склонен принимать эгоцентрические, общие и довольно-таки грубые решения, соответствующие степени серьезности ситуации.

Третий принцип когнитивной модели состоит в том, что каждый человек обладает идиосинкретической сензитивностью и уязвимостью, которые приводят к психологическому дискомфорту. События, представляющие собой источник стресса для одного человека, могут быть безразличны другому. Разные факторы могут играть роль стрессогенных для разных людей.

Четвертый принцип: различия в индивидуальной сензитивности связаны с различиями в личностной организации. *Автономная* и *социотропная* личности реагируют на стрессогенные факторы, относящиеся к разным классам. Поэтому вероятность возникновения психологических нарушений во многом зависит от уязвимости человека, которая связана с его личностной структурой.

Пятый принцип таков: стресс оказывает неблагоприятное воздействие на нормальную деятельность когнитивной организации. Когда человек решает, что его жизненные интересы под угрозой, начинает действовать примитивная, эгоцентрическая когнитивная система. В этом случае люди склонны впадать в крайности и принимать односторонние абсолютистские решения глобального характера. Кроме того, резко падает способность игнорировать злобные идиосинкретические мысли, поскольку вообще пропадает волевой

контроль над мыслительными процессами. Потеря волевого контроля весьма негативно отражается на способности к суждению, запоминанию и концентрации.

Шестой принцип когнитивной модели гласит, что психологические синдромы — такие, как депрессия и тревожность — состоят из гиперактивных схем с идиосинкретическим содержанием, характеризующим конкретный синдром. Каждым синдромом управляет особая когнитивная констелляция, в результате чего возникают характерные для него эмоции и тенденции поведения. Когнитивное содержание психологического синдрома находится на континууме с когнитивным содержанием, которое вызывает похожие эмоции и поведение в нормальных обстоятельствах.

Седьмой принцип: стрессы, возникающие при общении, приводят к образованию у общающихся замкнутого круга дезадаптивных когниций. Такие механизмы, как “обрамление”, поляризация и эгоцентрическая когнитивная направленность, вызывают повышенную активацию механизмов, связанных с психологическими синдромами.

И последний принцип когнитивной модели: *соматическая* реакция не меняется в зависимости от того, является ли угроза физической или символической. При мобилизации организма на борьбу, побег или оцепенение задействуются одни и те же когнитивно-моторные механизмы, независимо от того, выражается ли брошенный вызов или угроза в “физическом нападении” или в “общественном порицании”.

## **Когнитивная модель депрессии**

### ***Когнитивная триада***

При депрессии активизируются три основных когнитивных образа (паттерна). В результате работы этой *когнитивной триады* пациент видит себя, все происходящее с собой и свое будущее в негативном свете.

Первый компонент триады — негативное мнение человека о себе самом. Он считает себя дефективным, неполноценным, обездоленным и приписывает все неприятности собственным умственным, физическим и моральным дефектам. Из-за этого он начинает испытывать неприязнь к самому себе и думать, что он никуда

не годеи и никому не нужен. Он решает, что ему недостает качеств, необходимых для того, чтобы быть счастливым. Это характерно для большинства больных депрессией.

Второй компонент триады — это тенденция пациента видеть все происходящее с ним в негативном свете. Он считает, что жизнь предъявляет к нему непомерно высокие требования, что на пути к его целям стоят непреодолимые препятствия и что в мире слишком мало удовольствий и радости. Всему происходящему пациент дает негативную интерпретацию, а взаимодействие с другими людьми рассматривает как источник неприятностей. Часто кажется, что депрессивный больной сначала делает негативные выводы, а уже потом “подгоняет” под них факты.

Третий компонент когнитивной триады заключается в негативном представлении о будущем. Этот симптом есть почти у всех пациентов, страдающих депрессией. Больной считает, что трудности и страдания будут сопровождать его бесконечно. Жизнь представляется ему состоящей из непрерывных бед, лишений и разочарований. Думая о предстоящем деле, он предвидит неминуемую неудачу.

## ***Симптоматика***

Мотивационные и поведенческие симптомы депрессии являются следствием негативных когнитивных образцов. *Повышенная зависимость* появляется в результате того, что пациент считает себя несостоятельным и никому не нужным. Он переоценивает сложность обычных дел и думает, что у него ничего не получится. Он ищет помощи у людей, которых считает более знающими. *Нерешительность* при депрессии возникает вследствие того, что человек убежден в своей неспособности принять правильное решение.

*Парализация воли* является следствием пессимизма и отсутствия надежды на лучшее. Из-за постоянного ожидания неудачи человек отказывается от попыток достижения цели и становится менее активным. Он избегает непривычных ситуаций, поскольку убежден, что не сможет с ними справиться и добиться того, чего хочет. Стремление уйти от проблем, кажущихся неразрешимыми, достигает своего максимума в *желании покончить с собой*. Человек начинает думать, что он обременяет окружающих своим существованием и всем было бы лучше, если бы он умер.

Некоторые физические симптомы депрессии также можно связать с когнитивными образцами. Апатия, пониженная энергичность, быстрая утомляемость и инертность могут быть результатом негативных ожиданий. Если психотерапевт поощряет пациента к действию, последний может стать активнее, а его утомляемость снизится.

### ***Когнитивные схемы***

В когнитивной модели депрессии понятие *схемы* используется для того, чтобы объяснить, почему некоторые люди склонны впадать в депрессию. Определенный стиль мышления, создающий предрасположенность к депрессии, вырабатывается в начале жизни. На его формирование оказывают воздействие личный опыт, идентификация со значимыми другими и восприятие отношения окружающих. Одна концепция может в дальнейшем оказать влияние на формирование других. Если с течением времени концепция остается неизменной, она превращается в постоянную когнитивную структуру, или схему.

Когнитивная схема, обычно находящаяся в латентном состоянии, активизируется в конкретных обстоятельствах, сходных с теми, при которых негативная концепция сформировалась. Например, если человек в детстве потерял одного из родителей, весьма вероятно, что, потерпев неудачу в близких отношениях во взрослом возрасте, он активизирует схему невосполнимой утраты, сложившуюся при потере матери или отца. Вот некоторые события, которые могут предшествовать возникновению депрессии: получение на экзамене оценки ниже ожидаемой; понижение в должности; заболевание; столкновение с большими трудностями и разочарованиями при достижении целей. Возникновение депрессии не всегда бывает непосредственно связано с определенной ситуацией, иногда депрессия становится реакцией на совокупность неспецифических травмирующих событий.

Перечисленные выше события неприятны всем, однако большинство людей, пережив травму в одной из сфер жизни, не теряют интереса к остальным. Но если в силу предрасположенности у человека повышена чувствительность к определенного рода ситуациям, возникновение одной из них может сделать его взгляд на жизнь в целом негативным и способствовать развитию всеобъем-

лющей депрессии. Постепенно человек утрачивает способность объективно оценивать свои негативные мысли в силу того, что активизированные схемы влияют на работу когнитивных структур, принимающих участие в процессах суждения и оценки реалистичности мышления. Задействованные гипервалентные схемы приводят к систематическим ошибкам, искажающим восприятие (эти ошибки могут выражаться в произвольной интерпретации, выборочном абстрагировании и т.д.). Модель обратной связи также помогает объяснить явления, имеющие место при депрессии. Неприятные события пускают в ход когниции, связанные с поражением, лишениями, негативными ожиданиями и чувством вины. Эти когниции вызывают печаль, апатию, чувство одиночества и снижение активности. Возникающие отрицательные эмоции и инертность интерпретируются больным как знак потерь и неудач, что, в свою очередь, усиливает негативные чувства.

## **Когнитивная модель повышенной тревожности**

Основные механизмы тревожности можно рассматривать как производные определенных стратегий эволюции. Некоторые из этих стратегий имели адаптивный характер на ранних ступенях развития нашего вида, но к сегодняшним условиям они не подходят. Их можно проанализировать, разложив на когнитивные, эмоциональные, физиологические и бихевиоральные компоненты.

Когнитивная оценка опасности активизирует (а) эмоциональный компонент (страх); (б) моторный компонент (борьба, побег, оцепенение или обморок); и (в) физиологический компонент (автономная нервная система), усиливающий действие моторного. Симптомы тревожности — это субъективные события, происходящие в задействованных системах: нервозность (эмоциональная), мышечное напряжение (моторная), желание сбежать (мотивационная), торможение речи и движений (поведенческая), многочисленные страхи, ослабление памяти и выборочная концентрация внимания (когнитивная).

Субъективно переживаемое чувство тревоги заставляет организм принять защитные меры в ответ на опасность. Непосредственная реакция, например оцепенение, имеет место практически мгновенно; функция тревоги состоит в том, чтобы побуждать человека к выбору подходящей стратегии поведения после того, как он оценил степень опасности. Тревога стимулирует человека к мобили-

зации активных адаптивных механизмов уменьшения опасности. Тревоге присуща важная защитная функция, состоящая в том, что тревога увеличивается по мере приближения к источнику опасности и уменьшается по мере удаления от него. Мотивация уменьшения опасности посредством удаления от ее источника усиливается, когда уменьшается чувство тревоги.

Человек, страдающий повышенной тревожностью, тревожен даже при отсутствии объективной угрозы, он преувеличивает и искажает потенциальную опасность проблемных ситуаций. Такой человек не может вырабатывать и использовать адаптивные навыки, поскольку в ситуациях, которые он воспринимает как опасные, объективная опасность отсутствует, а значит, к ней нельзя эффективно приспособиться.

Вегетативная и соматическая нервная система имеют дело скорее с выбранным организмом видом действия (бегом, оцепенением, сгибанием туловища и т.д.), чем с его целью (нападением или избеганием). Тип вегетативной иннервации зависит от конкретного задействованного поведенческого (моторного) образца, а не от эмоции (тревоги, гнева, любви) и не от конечной цели деятельности. Задача вегетативной активности состоит в том, чтобы способствовать активности моторной посредством регуляции притока крови, обменных процессов и температуры тела. Когнитивные моменты отражаются в работе вегетативной нервной системы. Например, “повышенная бдительность” (в качестве подготовки к борьбе, побегу или защите) выразится в застывшей, согнутой позе (“оцепенение”), учащении сердцебиения и повышении кровяного давления; “беспомощность” может проявиться в падении, сопровождающемся уменьшением частоты пульса и давления. При активном подходе к ситуации основную роль играет симпатическая нервная система, тогда как при пассивном, спровоцированном непредвиденной опасностью — основную работу осуществляет парасимпатическая.

Вид реакции не зависит от того, какой характер носит опасность — физический или психосоциальный. Например, реакция, вызванная критикой начальника, может быть такой же, как реакция на физическое нападение. В ответ на оба события будет запущен один и тот же вегетативно-моторный образец, скажем, принятие жесткой защитной позы, сопровождающееся повышенным потоотделением, изменением частоты пульса и кровяного давления. Торможение действия проявляется в тонической неподвижности, связанной с тем, что в этом случае ведущую роль играет



симпатическая нервная система; демобилизация же выражается в атонической неподвижности, вызванной преобладающей парасимпатической иннервацией. Импульс к самозащите и саморегуляции проявляется в подавлении как мышечной активности, так и вокальной составляющей речевой деятельности.

Нарушения, связанные с повышенной тревожностью (например, депрессию), следует понимать как проявления гиперфункции — или дисфункции — нормальных механизмов. И у здорового человека, и у больного с повышенной тревожностью при наличии опасности начинает действовать один и тот же механизм, но тот, кто страдает повышенной тревожностью, воспринимает опасность в искаженном и преувеличенном виде. Если здоровый человек ошибочно оценивает ситуацию как опасную и без необходимости мобилизуется, он в состоянии довольно быстро понять, что его оценка происходящего нереалистична, и изменить свое восприятие. Тревожный больной видит опасность даже при отсутствии объективной угрозы и не обращает внимания на все, что противоречит его оценке ситуации. Заметив опасность, он уже не может понять, насколько она реальна.

Сознание человека, страдающего повышенной тревожностью, проникнуто мыслями об опасности и о том, как себя вести в обстоятельствах, представляющих угрозу. Сталкиваясь с проблемной ситуацией, он ожидает худшего. Он постоянно находится в состоянии повышенной готовности к физической или психосоциальной опасности. Например, человек, боящийся выступать перед публикой, всегда настроен на провал своих выступлений. Мысли о неудачах пронизывают его сознание, даже если они не подкреплены фактами. Он постоянно думает о том, что ему угрожает; при этом способности к концентрации и планированию, и память активно блокируются, поскольку они не имеют непосредственного отношения к опасности. Аналогичные явления наблюдаются и во время приступов паники.

## **Когнитивные техники**

Цель когнитивной терапии психиатрических нарушений состоит в том, чтобы помешать работе преобладающих дисфункциональных схем и способствовать выработке у пациента адаптивного поведения. Структурных изменений можно достичь при помощи ана-

лиза *правил* и императивов, управляющих реакциями больного. Когнитивная терапия стремится не только перестроить когнитивные образцы, связанные с конкретными синдромами, но и изменить организацию предположений, формул и правил, ответственных за искажение восприятия событий. Среди используемых нами когнитивных техник можно назвать обнаружение автоматических мыслей, когнитивных ошибок и искажений, а также эмпирическую проверку реалистичности.

### ***Обнаружение автоматических мыслей***

Большинство людей практически не осознают своих автоматических мыслей, которые предшествуют возникновению неприятных ощущений или автоматическому подавлению активности определенных систем. Автоматические мысли, или когниции, не всегда существуют в вербальной форме — они могут существовать и в виде визуальных образов или картинок. Приобретая некоторый навык, люди могут научиться лучше осознавать свои автоматические мысли, фокусироваться на них и оценивать их — точно так же, как мы делаем это с физическими ощущениями.

Во время сеансов когнитивной терапии пациент учится обнаруживать автоматические мысли посредством наблюдения за последовательностью внешних событий и своих реакций на них. Между стимулом и эмоциональной реакцией существует разрыв. Эллис (Ellis, 1961) называет совокупность этих трех компонентов “**АВС**”. **А** — это активизирующий стимул, а **С** — чрезмерная или неадекватная реакция. **В** — это “пробел” в уме пациента, который он сам заполняет. Человеку легче понять, почему имела место чрезмерная или неадекватная эмоциональная реакция, если он вспомнит, какими мыслями он заполнил “пробел”.

Вот один пример: пациент увидел переходящего через дорогу старого знакомого, и ему сразу же стало очень тревожно. Он не мог понять причину тревоги до тех пор, пока не воспроизвел свои мысли в тот момент: “Если я окликну Боба, он может не вспомнить, кто я такой. Он может даже совсем не обратить на меня внимания — ведь прошло столько времени, и он, возможно, забыл меня. Пойду-ка я лучше мимо, не обращая на него внимания”.

Автоматические мысли отличаются от обычных размышлений и свободных ассоциаций тем, что появляются очень быстро и обыч-

но находятся на границе сознания. Человек автоматически считает их правильными, потому что не видит в них ничего необычного. У больного с патологическим синдромом, например, депрессией или повышенной тревожностью, автоматические мысли приобретают императивный характер, они постоянно посещают его, независимо от стараний, прилагаемых для того, чтобы их не допустить. У большинства пациентов автоматические мысли обладают содержанием, характерным для конкретного синдрома. Их появление предшествует возникновению таких эмоций, как гнев, печаль или тревога, а их содержание соответствует этим эмоциям.

### ***Обнаружение когнитивных ошибок***

Депрессивные и тревожные пациенты интерпретируют ситуацию негативно даже в тех случаях, когда ее вполне можно увидеть в более благоприятном свете. Если пациента попросить придумать альтернативное объяснение происшедшему, он может осознать, что его исходная интерпретация была предубежденной или основывалась на ложных выводах. Тогда он сможет понять, что просто “подогнал” факты под заранее сформулированные негативные умозаключения. В психопатологии известны некоторые типичные ошибки, допускаемые в концепциях и выводах.

*Выборочное абстрагирование* заключается в фокусировании на деталях, вырванных из контекста. Человек может игнорировать некоторые очевидные характеристики ситуации и понимать все происходящее на основании выбранных им деталей. Пациент, страдающий депрессией, обращает внимание только на негативные аспекты происходящего, тревожный человек фокусирует свое внимание только на символах опасности, а больной паранойей выбирает из своего опыта лишь те случаи, когда с ним плохо обошлись.

*Произвольная интерпретация* — это процесс, в ходе которого делаются выводы, не подкрепленные фактами или противоречащие им. *Чрезмерное обобщение* — это использование единственного случая для того, чтобы сделать выводы, применимые во всех ситуациях. *Преувеличение и преуменьшение* — это поляризованная оценка событий, навыков и т.д. Например, пациент может преувеличивать трудность стоящей перед ним задачи и преуменьшать свою способность с ней справиться. *Персонализация* — это тенденция

связывать внешние события с собой, даже когда для этого нет оснований. *Дихотомическое мышление* — тенденция пациента видеть мир “черно-белым”, замечать только полярные качества без всяких промежуточных оттенков. Больной депрессией считает себя либо знающим, либо — нет, либо счастливым — либо неудачником.

### ***Эмпирическая проверка реалистичности***

Когнитивный психотерапевт и пациент вместе работают над тем, чтобы представить умозаключения последнего в виде проверяемых гипотез. В ходе этого процесса мышление пациента становится более реалистичным, поскольку увеличивается как объективность его взгляда на мир, так и поле зрения. Например, один пациент думал, что если он будет внимательно пересчитывать сдачу в присутствии кассира, тот обязательно как-нибудь проявит свое негативное отношение к этому. Вместе с психотерапевтом они сформулировали следующую гипотезу: “Когда я буду считать сдачу, кассир по-особому на меня посмотрит”. При проверке эта гипотеза оказалась верной лишь в 5% случаев — в 95% негативные ожидания не оправдались. Другой пациент считал, что все будут обращать на него внимание и неодобрительно смотреть в его сторону, если он будет необычно выглядеть. Убежденность в том, что они являются центром внимания, типична для большинства людей, страдающих депрессией и повышенной тревожностью. Когда пациент, в соответствии с терапевтическим планом, вышел на улицу шаткой походкой, небритый и не очень аккуратно одетый, он выяснил, что очень мало кто из прохожих обратил на него внимание.

## **Бихевиоральные техники**

### ***Составление расписаний***

Поскольку успешность когнитивной терапии во многом зависит от того, использует ли пациент ее техники за пределами кабинета психотерапевта, очень важно помочь ему правильно составить расписание действий. Применение бихевиоральных техник особенно важно на ранних стадиях психотерапии для пациентов, находящихся в глубокой депрессии, поскольку те еще не способны к интро-

спекции, необходимой для работы с автоматическими мыслями и представлениями. Сначала психотерапевт просит пациента составить ежедневное расписание своих обычных дел. Используя это расписание в качестве основы, они вдвоем планируют выполнение домашней работы. Домашние задания варьируют в зависимости от того, на какой стадии находится психотерапия, и от потребностей пациента.

### ***Распределение домашних заданий по степени сложности***

Сначала планируется выполнение заданий, которые помогут пациенту мобилизоваться и начать бороться с инертностью, особенно характерной для больных депрессией. Поскольку большинству пациентов лучше продвигаться вперед маленькими шагами, задания распределяются по степени сложности, чтобы пациент постепенно добивался все более серьезных успехов, не перетруждаясь при этом. Пациент распределяет задания по шкале *“мастерства и удовольствия”*, в соответствии с тем, какой уровень мастерства он продемонстрировал при их выполнении и в какой степени это доставило ему удовольствие. Эта техника стимулирует пациентов к достижению успеха.

Если пациент боится выполнять задания, с ним во время психотерапевтического сеанса проводится предварительная работа в форме *бихевиоральной репетиции*. Во время репетиции пациент практикуется в использовании техник, получая возможность оценить негативные автоматические мысли, возникающие в ходе выполнения заданий. Бихевиоральные техники также используются при составлении программы экспериментов по проверке гипотез, сформулированных на основе негативных автоматических мыслей пациента.

Бихевиоральная техника *экспозиции*, применяемая при лечении агорафобии, используется и при работе с пациентами, страдающими клинической тревожностью. Большинство таких людей считают, что уровень их тревожности постоянно высок. Однако приступы тревожности волнообразны. Если человек поймет, что у тревожности есть начало, пик и спад, ему будет легче с ней справиться. Он осознает, что, например, в ситуации общения ему стоит просто дожидаться, пока “волна” спадет.

Выполняя задания, пациенты учатся переносить тревожное состояние в течение все более продолжительных отрезков времени, не прибегая к “подпоркам” (не принимая таблеток, не обращаясь за помощью, не делая телефонных звонков и не убегая). Постепенно они начинают понимать, что могут переносить ситуации, обычно вызывавшие тревожность, не испытывая постоянно растущего чувства дискомфорта.

## **Психотерапевтические отношения**

Функция когнитивного психотерапевта состоит в том, чтобы быть “наставником”, помогающим пациенту понять, как он может эффективно справляться со своими проблемами. Кроме того, психотерапевт выступает в роли “катализатора”, способствующего тому, чтобы опыт, накапливаемый пациентом вне психотерапевтических сеансов, способствовал совершенствованию его адаптивных навыков. Так же, как и в роджерианской терапии, центрированной на клиенте, когнитивные психотерапевты проявляют по отношению к пациентам теплоту и принимают их, не оценивая. Однако когнитивный психотерапевт занимает более активную позицию, чем роджерианец или психоаналитик. Он активно сотрудничает с пациентом в поиске проблем, помогает сконцентрироваться на главном, они вместе предлагают варианты решения и тренируются в использовании когнитивных и бихевиоральных техник.

Поддержание психотерапевтом оптимального уровня теплоты отношения и определенного стиля поведения не исключает возникновения у пациента негативных реакций или сопротивления. Негативные реакции часто являются ценной составной частью психотерапевтического процесса, работа с ними ведется посредством воздействия на лежащие в их основе предположения и дисфункциональные убеждения.

Реакции *переноса* тоже важны — их можно использовать для демонстрации искажений, имеющих место в когнитивных реакциях пациента на психотерапевта.

Большинство высказываний психотерапевта имеет форму вопроса. В этом отражена эмпирическая ориентация когнитивной терапии, а также ее непосредственная цель — сделать закрытую систему убеждений пациента более открытой. Задаваемые вопро-

сы, кроме того, демонстрируют пациенту модель интроспекции, которой он может пользоваться в отсутствие психотерапевта, а также по окончании психотерапии. При помощи вопросов психотерапевт помогает пациенту увидеть и исправить когнитивные искажения и дисфункциональные предположения.

### ***Составление и осуществление плана лечения***

Первым шагом в подготовке плана лечения является построение концепции заболевания. Психотерапевт старается привести дисфункциональные реакции пациента к общему знаменателю. Таким образом он надеется сразу же решить многие проблемы.

Например, одна лечившаяся от повышенной тревожности женщина была подвержена огромному количеству страхов. Она боялась лифтов, тоннелей, гор, закрытых помещений, поездок в автомобилях с открытым верхом, самолетов, плавания, быстрой ходьбы, бега, сильного ветра и влажной жаркой погоды. Проанализировав эти проблемы вместе с пациенткой, психотерапевт пришел к выводу, что все они сводились к боязни задохнуться. Женщина боялась, что задохнется в лифте, в тоннеле, в закрытой машине и вообще в любом закрытом пространстве. Она представляла себе, что в самолете из-за поломки может понизиться уровень кислорода. В открытой машине ей было страшно оттого, что “ветер выхватит воздух” у нее изо рта. Лежа на пляже в жаркий и влажный день, она думала, что вот-вот умрет от нехватки кислорода. В ходе лечения пациентка научилась обращать внимание на то, что происходит с ее дыханием, и стала понимать, что сама мысль об этих ситуациях вызывала у нее ощущение нехватки воздуха.

Исходная концепция заболевания — это ткань, в которую вплетены нити индивидуальных привычных реакций, “слабых мест” пациента и воздействий, активизирующих симптомы заболевания. При формулировании концепции также принимаются во внимание факторы, оказавшие воздействие на психику пациента в детстве, а также влияние, которое оказали эти факторы и способы приспособления к ним пациента и его взаимоотношения с другими людьми на его нынешнюю структуру личности. В идеале формулировка включает в себя также объяснение того, как опыт прошлого влияет на способность человека справляться со своими сегодняшними проблемами и стрессами.

## **Результаты когнитивной терапии**

Теория когнитивной терапии была впервые подвергнута экспериментальной проверке при лечении униполярной депрессии у амбулаторных пациентов в Университете штата Пенсильвания. Первое систематическое исследование результатов показало, что существенное улучшение состояния наступало у 80% пациентов в течение 12 недель и результаты лечения с помощью когнитивной терапии превосходили результаты лечения имипрамином. То же самое подтвердилось при обследовании этих пациентов через год.

Дополнительные исследования с привлечением контрольных групп, проведенные в Питтсбургском Университете, Университете Британской Колумбии, Университете Манитобы и Эдинбургском Университете, продемонстрировали, что результаты применения когнитивно-бихевиоральной или бихевиорально-когнитивной терапии, по крайней мере, не хуже (а часто даже лучше) результатов использования антидепрессантов. Исследования, предпринятые в Университете штата Миннесота и в Вашингтонском Университете, показали, что когнитивная терапия и лечение при помощи антидепрессантов дают одинаковые результаты, а в ходе исследования, проведенного в Эдинбургском Университете, выяснилось, что сочетание когнитивной терапии и применения лекарственных препаратов превосходит по своим результатам обе эти формы лечения, применяемые по отдельности. Дополнительные клинические эксперименты (Университет Джонса Хопкинса и Оксфордский Университет) свидетельствуют о превосходстве когнитивной терапии перед традиционными методами воздействия.

При обследовании тех же пациентов через 1—2 года после того, как они прекратили посещать психотерапевта, оказалось, что когнитивная терапия способствует уменьшению частоты рецидивов заболевания (эти данные были получены в Университете штата Пенсильвания, Эдинбургском, Вашингтонском и Оксфордском Университетах).

### ***Где может и где не может использоваться когнитивная техника в чистом виде***

Существуют программы применения когнитивной терапии при самых разных клинических нарушениях. Систематические исследования, в которых использовались контрольные группы, показа-



ли, что когнитивная терапия эффективна при лечении повышенной тревожности, нервной анорексии, мигреней, тревожности, возникающей во время публичных выступлений, экзаменационной тревожности, приступов гнева и хронических болей. Эффективным оказалось и применение когнитивной терапии в качестве дополнения к традиционным методам при лечении пристрастия к героину. Маниакальным пациентам когнитивная терапия очень помогает научиться выполнять предписания врача относительно приема литиума.

Исходя из результатов предварительных исследований, можно предположить, что сочетание когнитивной терапии и фармакотерапии может успешно применяться при лечении галлюцинаций у шизофреников, а также для того, чтобы помочь им регулировать их причудливое мышление и поведение. Другие исследования показывают, что когнитивная терапия может применяться при лечении наркоманов и больных нервной анорексией.

Было показано, что некоторые виды депрессии — например, психотическая депрессия и меланхолия — относительно плохо поддаются лечению при помощи когнитивной терапии, если она является единственным методом воздействия. Тем не менее, самые последние исследования показывают, что те виды депрессии, которые нельзя вылечить только когнитивной терапией или только антидепрессантами, могут лучше поддаваться лечению, если использовать сочетание этих двух методов.

## **Механизмы психотерапевтического воздействия**

Вышеизложенные принципы когнитивной психотерапии можно расширить до общих вопросов о том, как психотерапия действует и при помощи каких механизмов осуществляются изменения.

Первой составляющей психотерапевтического процесса, способствующей осуществлению стойких изменений, является *полноценная структура*. Через структуру можно объяснить, как действует систематическая десенситизация, а именно: за последовательным приближением к тому, что более всего страшит пациента, сопровождаемым мышечной релаксацией, следует нейтрализация неадекватного, или *обусловленного*, страха (реципрокное торможение). Действие когнитивной терапии объясняется так: обнаружение автоматических мыслей с последующей проверкой их логичности или

соответствия имеющейся в наличии информации модифицирует дисфункциональные убеждения — отсюда вытекают эмоциональные изменения. А вот одно из многочисленных объяснений того, как “работает” психоанализ: считается, что материал, извлеченный из памяти и из подсознания, может быть ассимилирован сознательным Эго.

Второй механизм, при помощи которого осуществляются изменения — это *вовлеченность* пациента в настоящую проблемную ситуацию (в реальности, в воображении или в памяти). Лечение окажется эффективным, только если пациент будет переживать ситуацию так, будто она представляет для него реальную угрозу. Показателем вовлеченности служат эмоции, переживаемые пациентом.

И последний механизм, при помощи которого действует когнитивная терапия, — это проверка воспоминаний, образов и восприятий на реалистичность. Такая проверка позволяет отличить настоящую опасность от псевдоопасности.

Разные виды психотерапии можно сравнивать между собой по этим трем признакам.

*Психоанализ.* Психоаналитическое лечение имеет два аспекта: приподнятие завесы детской амнезии и выработка у пациента невроза переноса. Как уже было сказано, воспроизведение детских воспоминаний позволяет Эго посмотреть на непроходящую травму с более зрелой точки зрения, а также отделить прошлую реальность от нынешней. Сходным образом невроз переноса дает пациенту возможность воспроизвести детские отношения в своих отношениях с психотерапевтом, разделяя реальное и вымышленное.

*Когнитивная терапия.* Когнитивная терапия использует процедуры, заимствованные как из бихевиоральной терапии, так и из психоанализа. Она уделяет больше внимания *поведению* (то есть поведенческим заданиям), чем психоанализ, и больше занимается интроспекцией, чем бихевиоральная терапия. Компоненты и того, и другого вида воздействия присутствуют в теории когнитивной терапии. Эмоции, связанные с проблемными ситуациями, вызываются при помощи целого арсенала техник, включающего в себя ролевые игры, экспозицию и использование воображения.

Другие виды психотерапии обладают характеристиками, сходными с теми, о которых уже было сказано. Возможно, общим для всех

видов психотерапии отношений является использование *коррективных эмоциональных переживаний*. Думаю, их применяют в рационально-эмотивной терапии, психодраме, краткой психодинамической терапии Сифнеоса, а также в роджерианской недирективной терапии. Переживание крайнего эмоционального напряжения, или катарсиса, также занимает центральное место в популярных сегодня подходах, например, в EST или в методе “первого крика”.

### ***Как осуществляются изменения при конкретных нарушениях***

На вопрос, благодаря чему люди могут меняться, философы ищут ответа с древних времен. Несмотря на многообразие психотерапевтических школ и противоречащих друг другу теорий, относительно механизмов, при помощи которых осуществляются изменения (при условии, что они вообще осуществляются) — между разными видами эффективного психотерапевтического воздействия есть нечто общее. Я хочу подчеркнуть, что мы, психотерапевты, можем знать только две вещи: как мы ведем себя по отношению к пациенту (“вход”) и как пациент ведет себя (“выход”). То, что происходит в “черном ящике”, может не иметь ничего общего с тем, что пациент говорит, и с тем, что происходит в нем по-нашему мнению.

Моя базовая теория изменений заключается в том, что определенные когнитивные констелляции, которые ответственны за возникновение симптомов и дисфункционального поведения, могут быть модифицированы, только если к ним открыт доступ.

### ***Депрессия***

Возьмем для примера когнитивную терапию депрессии. Пациент приходит к психотерапевту, переполненный негативными мыслями о себе, о прошлом, о будущем, его эмоции окрашены в мрачные тона. В такой момент его дисфункциональные убеждения доступны не только для изучения, но и для модификации. Можно попросить пациента внимательно рассмотреть имеющуюся в его распоряжении информацию, чтобы понять, не упускает ли он из виду что-то важное; тщательно разобраться в том, при помощи каких логических процессов он делает выводы; и наконец,

рассмотреть сами выводы. Психотерапевт может подвергнуть их эмпирической проверке, поставив эксперимент прямо у себя в кабинете.

Например, женщина, страдающая депрессией, была убеждена в том, что она не может больше выполнять свои служебные обязанности, что она не может даже написать какие-то важные письма, которые нужно было оправить на следующий день. Я попросил ее продиктовать письмо мне, и мы выяснили, что у нее это очень хорошо получилось и она нашла нужные слова, чтобы сказать именно то, что хотела. Этот эксперимент, проведенный в момент ее крайнего отчаяния, позволил проникнуть в негативную констелляцию и перейти от убеждения “я не могу” к “я могу”. Этот частный случай развенчания ошибочного убеждения позволил ей затем убедиться в том, что она могла все что угодно.

Другие нарушения можно проанализировать с точки зрения эмоционального напряжения, испытываемого клиентом во время психотерапии.

### ***Травматический невроз***

По крайней мере со времен Фрейда считается, что переживание травматического опыта заново в специально созданных условиях может вести к облегчению тяжелых воспоминаний, а также связанных с ними симптомов. В описанном Фрейдом случае Анны О. такое переживание, связанное с уходом за больным отцом, произвело эффект *катарсиса*, что привело к исчезновению у нее симптомов расстройства. Подобное мы наблюдали и при лечении травматических неврозов, возникших как в военных, так и мирных условиях.

### ***Повышенная тревожность***

В отличие от больного депрессией, пациент с повышенной общей тревожностью может чувствовать себя вполне спокойно, входя в кабинет психотерапевта. Если при этом у него возникает ситуативная тревожность, она не обязательно бывает связана с его основной проблемой. Когда тревожность у пациента появляется в связи с предполагаемыми реакциями психотерапевта на его поведение, мы можем постараться проникнуть в негативную констелляцию сразу же. Если же этого не происходит, тревожность можно спровоцировать, попросив пациента сконцентрироваться на

каком-то событии, представляющем для него проблему. Кроме того, в этих целях можно использовать ролевую игру, инсценировав ситуацию, которая кажется пациенту опасной. Например, если ему предстоит интервью, психотерапевт может сыграть роль интервьюера.

Задача этих маневров заключается не в том, чтобы спровоцировать тревожность саму по себе, а в том, чтобы активизировать определенную когнитивную констелляцию или вызвать страх, ведущий к тревожности. Говоря языком когнитивной терапии, мы стараемся вызвать *“горячие мысли”*. Разумеется, в конечном итоге мы стремимся к тому, чтобы пациент смог встретиться лицом к лицу с ситуацией, которая его страшит и которой он хотел бы избежать. Только проделав это много раз и применив навыки, которым он научился в процессе психотерапии, пациент сможет разобратся в своих дисфункциональных убеждениях.

### ***Фобия***

При лечении фобий мы создаем ситуации, связанные со страхами пациента, — этот подход аналогичен активизации конкретных констелляций при повышенной общей тревожности. Иногда это делается в кабинете психотерапевта путем предоставления пациенту конкретных стимулов фобии (например, маленьких зверьков). В качестве стимульного материала может выступать и фотография того, что пугает пациента. Пациента с социальной фобией можно попросить позвонить по телефону из кабинета психотерапевта или проиграть с психотерапевтом телефонный разговор. Классический бихевиоральный подход заключается в предоставлении стимулов в иерархической последовательности (систематическая десенсиитизация). Общим для всех этих процедур является предоставление пациенту пугающих его стимулов.

Еще один эффективный способ начать такого рода терапию состоит в том, чтобы попросить пациента представить себе страшные сцены. Это можно делать постепенно, как при систематической десенсиитизации, а можно предложить пациенту спонтанно вообразить какую-то ситуацию, увеличив ее, если возможно, до размеров *“катастрофы”*. В качестве альтернативы может быть использована техника *“наводнения”*. Она включает в себя предоставление пациенту сценария ужасного для него происшествия. Использование воображения при лечении фобий может быть очень эффективным.

Естественно, в конечном итоге пациент все равно должен будет начать упражняться в преодолении страха в реальных ситуациях.

### ***Приступы паники***

Панические расстройства часто можно вылечить прямо в кабинете психотерапевта, предварительно объяснив пациенту природу паники. Иногда бывает возможно при помощи разных техник (например, учащенного дыхания, физических упражнений, выполняемых в быстром темпе, внутривенного введения содиум лактата или вдыхания смеси углекислого газа и кислорода) вызвать настоящий приступ. Во время и после вызванного приступа паники человек может “работать” со своей психологической констелляцией, в которой заключен страх безумия, потери контроля или “катастрофы”, которая могла бы произойти с внутренними органами (инфаркт, инсульт).

### ***Терапия отношений в парах***

Для того, что дать каждому из партнеров возможность модифицировать свой “внутренний механизм”, часто необходимо стимулировать их к проявлению какого-то из качеств или к тому, чтобы разыграть конфликт в присутствии психотерапевта. Когда конфликт достигнет своего пика, психотерапевт начинает работать с *горячими* мыслями одного из партнеров, позволяя другому временно “выйти из игры”. Затем внимание переключается на второго члена пары. Так можно получить доступ к убеждениям, ответственным за возникновение гнева.

Из сказанного выше становится ясно, что для того, чтобы переживание катарсиса, “наводнения” или эмоционального напряжения имели психотерапевтический эффект, они должны применяться в рамках определенной интеллектуальной структуры. Люди переживают состояние катарсиса или повышенного эмоционального напряжения много раз в своей жизни — но это не приносит им никакой пользы. В процессе психотерапии у пациента появляется возможность не только пережить появление *горячих мыслей*, но и посмотреть на них с объективной точки зрения. Структура — независимо от того, выражается ли она в терминах теории научения, когнитивной терапии или психодинамики — является основным фактором, предоставляющим в распоряжение клиента необходимую объективную оценку.

Структура очень важна, поскольку она позволяет пациенту одновременно быть вовлеченным в проблемную ситуацию и отстраниться от нее. В мозгу человека существует своя собственная система интегрирующей и корректирующей обратной связи. Чаще всего мы не нуждаемся в психотерапии для того, чтобы модифицировать свои ошибочные или дисфункциональные убеждения. Однако при наличии хронических психологических проблем обычная корректирующая обратная связь оказывается неэффективной. Основными компонентами эффективной психотерапии являются вызывание в рамках психотерапевтической структуры *горячих мыслей* и эмоций и предоставление пациенту возможности проверить эти мысли на соответствие действительности — это происходит независимо от того, применяет ли психотерапевт психоанализ, бихевиоральную, когнитивную или какой-то другой вид терапии.

## **Процесс осуществления изменений**

Я не верю в то, что одного высокого эмоционального напряжения может быть достаточно для осуществления изменений. При возникновении такого напряжения активизируется лежащая в его основе когнитивная констелляция. Возьмем, например, человека, которого одолевает тревожность при общении. Его тревожность вызывается страхом неодобрения — он боится, что будет глупо выглядеть, что люди от него отвернутся, что на него никто не обратит внимания. Когда эти мысли о собственной отверженности становятся достаточно сильными, чтобы вызывать сильные эмоции, можно начинать проверку реалистичности понимания ситуации и переоценку преувеличенной когнитивной реакции.

В когнитивной и рационально-эмотивной терапии проверка на реалистичность является высокоорганизованным процессом. Человек на собственном опыте убеждается, что он неверно интерпретировал ситуацию. Таким образом, один из механизмов, при помощи которых осуществляются изменения у многих пациентов, добивающихся успеха в ходе психотерапии, заключается в том, чтобы сделать констелляции, ответственные за неадаптивное поведение и за возникновение симптомов, доступными для работы. Этот механизм в какой-то степени аналогичен тому, что в психоанализе называется *превращением бессознательного в сознательное*.

Для того, чтобы до конца понять процесс осуществления изменений, нам необходимо посмотреть, как организм использует имеющуюся в его распоряжении информацию в целях приспособления к окружающей среде. Тонкое приспособление организма к внешнему миру и “подстройка” гомеостаза зависят от процессов обработки информации. Мы не долго прожили бы на свете, не умей мы добывать и синтезировать информацию. Это было бы равноценно отсутствию у нас слуха, зрения, речи и кожной чувствительности одновременно.

Итак, можно сказать, что в общем мы настроены на волну окружающей среды и делаем из получаемой информации выводы, позволяющие нам действовать в соответствии с обстоятельствами. Однако в психопатологических случаях процессы обработки информации нарушаются. Это может быть связано с внутренними факторами, например, с нарушением гомеостаза, или же дело может быть в неблагоприятном воздействии окружающего мира. Конечный результат — нарушение процессов обработки информации — будет одинаковым, независимо от того, вызвано ли это нарушение биохимическими или психосоциальными факторами.

Мы можем наблюдать развитую депрессию у людей, принимавших лекарственные средства против повышенной чувствительности. Их система обработки информации сместилась в негативную сторону; у них такое же количество негативных представлений, как у людей, впавших в депрессию после, например, смерти близкого человека. Интересно, что нет необходимости использовать лекарство, чтобы избавить человека от негативного мышления, вызванного приемом другого лекарства. Состояние сразу же улучшится, если применять те же самые “психологические антидепрессанты”, которыми лечат депрессию, вызванную “психологическими факторами”.

Похоже, что, несмотря на то, что разные методы работают через разные каналы, положительный результат в конечном итоге достигается посредством воздействия на систему обработки информации. Например, некоторые исследования, в которых результаты когнитивной терапии сравнивались с результатами использования антидепрессантов, показали, что у тех пациентов, которым помогает когнитивная терапия, меняется взгляд на себя, на будущее и на их личный мир. Это, возможно, неудивительно; удивительно, что то же самое происходит с пациентами, которым по-



могает лекарственная терапия — то есть у них тоже имеют место улучшения когнитивного характера.

Почему две процедуры, которые так непохожи друг на друга — введение в организм определенных молекул и выслушивание того, что говорит психотерапевт, — дают одинаковые результаты? Вполне возможно, что при разных видах воздействия в работу включаются разные системы. Однако все они взаимосвязаны друг с другом, составляя замкнутый круг и замкнутые кольца обратной связи. Поэтому невозможно провести *хирургическое* вмешательство в одну систему, не затронув другой. Все системы работают совместно, так же, как сердце и легкие. Таким образом, можно воздействовать на когнитивную систему посредством когнитивной терапии, но при этом воздействие распространится на аффективную, моторную и физиологическую системы. Точно так же можно посредством релаксации оказать влияние на физиологическую систему, но это одновременно отразится на всех остальных.

## Литература

Ellis, A. (1961). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.

## Арнольд А. Лазарус О ТЕХНИЧЕСКОМ ЭКЛЕКТИЗМЕ

*Арнольд Лазарус — почетный профессор аспирантуры прикладной и профессиональной психологии в Университете Рутгерса. Он является членом редколлегии 10 специализированных журналов. Лазарус был президентом Ассоциации развития бихевиоральной терапии, а также получил награду “За особые заслуги в области психологии”, присуждаемую американским Комитетом профессиональной психологии. Он получил степень доктора философии в 1960 году в Йоханнесбургском Университете Уитуотерсенд (Южная Африка). Д-р Лазарус является автором четырех книг, соавтором, редактором или соредактором семи; им также написано более 150 статей.*

*В своем содержательном и остроумном выступлении Лазарус призывает своих коллег широко использовать систематический технический эклектизм. Он описывает принципы и техники своего мультимодального подхода, а также его методологию и диагностические процедуры.*

### Вступление

Перед тем, как приехать сюда, в Феникс, я разговаривал со своими студентами о значительности этой конференции. Я сказал им, что такая непревзойденная по своей представительности встреча выдающихся психотерапевтов может оказаться роковой для психотерапии в целом: “Представьте себе, что произойдет, если какая-нибудь антипсихиатрическая террористическая организация решит взорвать здание, в котором проходит конференция”. В то время как я рассуждал о том, какие трагические последствия подобная катастрофа могла бы иметь практически для всех отраслей психиатрии, одна студентка прервала меня. “Совсем необязательно это будет катастрофой, — сказала она, — может быть, если мы из-

бавимся от груза прошлого, подует свежий ветер и на обломках будет построено...” Я не дал ей закончить, а для себя отметил, что надо будет придумать для этой еретички какое-нибудь жестокое и бесчеловечное наказание.

В похожем разговоре с одним доктором наук, повышавшим квалификацию под моим руководством, я решил занять другую позицию. Я стал говорить о работах Франца Галля в области органиологии, физиогномики и краниологии, которые были популяризованы его учеником, помощником и последователем Спюрцхеймом в книге “Френология” (этот термин был введен Томасом Фостером в 1815 году). Получив лучшее для своего времени образование, Галль специализировался в неврологии. Его система была основана на самых прогрессивных достижениях современной ему физиологии и психологии. Его лекции стали очень популярными, студенты стекались на них отовсюду. Созданная им *наука о личности* стала популярной не только среди широких слоев публики, но и среди ученых — теоретиков и практиков — во Франции, Германии, Швейцарии, Шотландии, Англии, Ирландии и Америке.

В 1823 году вышел первый номер “Британского френологического журнала”, а в 1838 Нью-Йоркский Институт френологии начал издавать “Американский френологический журнал”, просуществовавший более 70 лет — его последний, 124-й, номер вышел в 1911 году. А американский Институт френологии действовал до 1925 года. Френология, которую когда-то поддерживали видные ученые, пережила пик своей популярности в 50-е годы прошлого века. Сегодня ею пользуются лишь шарлатаны.

Порассуждав о взлете и падении френологии, я спросил своего собеседника, что, по его мнению, произойдет через 50—100 лет: не будут ли психотерапевты будущего относиться к нашим нынешним теориям и методам так же, как мы сегодня относимся к странной, ошибочной и наивной вере д-ра Галля в психологию способностей. Я сказал, что, весьма вероятно, большинство наших идей о механизмах научения и решения эмоциональных проблем будут считаться не более значимыми и верными, чем идеи Галля и Спюрцхейма о связи бугров и шишек на черепе с психологическими характеристиками человека. Ответ моего собеседника меня удивил. Он утверждал, что в будущем хаос еще более усилится, соревнующихся между собой точек зрения станет еще больше, новые харизматические лидеры создадут десятки новых психотерапевтических систем и школ, привнеся в психотерапию дополнительную

эkleктику и путаницу. Еще он сказал: “К 2085 году, мне кажется, многие психотерапевты, оглянувшись на наше время, скажут, что в прошлом-то люди кое-что знали”.

Все, что я скажу далее, будет попыткой дать отпор богохульным заявлениям моей студентки и опровергнуть пессимистическую точку зрения доктора. Подчеркивая достоинства технического и опасность теоретического эkleктизма, я надеюсь помочь ученым искренне принять этот научный метод, предпочитающий обширность подхода глубине и исходящий из необходимости специфического лечения в каждом конкретном случае.

До 1950 года слова “психотерапия” и “психоанализ” фактически считались синонимами. К 40-м годам психоанализ распался на множество отдельных направлений (см., например, работы Адлера, Штекеля, Юнга, Ранка, Ференци, Райха, Хорни и Салливана). Несмотря на раскол психоанализа как единого направления, основная направленность психотерапии оставалась по существу *психодинамической*. На острую критику психоаналитической позиции (Wohlgemuth, 1923; Salter, 1949) практически не обращали внимания. В 50-е годы постепенно стали появляться новые подходы и системы, бросавшие серьезный вызов теории и практике психоанализа. Карл Роджерс создал “клиент-центрированную терапию”, Фриц Перлз — “гештальт-терапию”, Альберт Эллис ввел направление, которое он назвал “рациональной терапией”, а Джозеф Вольпе писал о “психотерапии реципрокного торможения”. В 60-е и 70-е годы новые психотерапевтические методы, системы и школы стали появляться в огромном количестве — в справочнике, опубликованном Херинком (Herink, 1980) описано 250 видов психотерапии. Трудно сказать, является это показателем эволюции или деградации!

## Эkleктизм

В ходе исследований (Garfield & Kurtz, 1974; Smith, 1982) выяснилось, что большинство клинических психотерапевтов — эkleктики. Ограниченность ортодоксальных подходов очевидна. Тем не менее, необходимо подчеркнуть опасность несистематизированного синтетического или теоретического эkleктизма. Выбор теорий и техник на основании их субъективной привлекательности

ти для конкретного психотерапевта вызывает хаос и неразбериху. Теории и представления, лежащие в основе многочисленных психотерапевтических систем, часто отражают фундаментальные идеологические и эпистемологические различия между этими системами. При ближайшем рассмотрении обычно выясняется, что они несовместимы по своим существенным характеристикам.

Например, основные концепции “трансактного анализа” Берна (Berne, 1961) и “индивидуальной психологии” Адлера (Adler, 1924), на первый взгляд, во многом пересекаются друг с другом. Сразу бросается в глаза, что в обеих теориях большое значение придается *сценариям* и *жизненным планам*. Теоретический эклектик, заимствующий что-то из Берна, что-то из Адлера и считающий их концепции взаимозаменяемыми или же составляющий из них кажущееся гармоничным единое целое, допускает вопиющую ошибку. Жизненный план, или стиль жизни, в концепции Адлера — это далеко не то же самое, что сценарий в трансактном анализе. Адлер (Adler, 1963) писал: “Жизненный план остается в бессознательном, поэтому клиент может верить в то, что его жизнью руководит безжалостная судьба, а не тщательно подготовленный им самим план, за который он несет полную ответственность”. Берна же (Berne, 1972, р. 59) подчеркивал: “(1) что жизненный план обычно не является бессознательным; (2) что, безусловно, за него отвечает не только сам человек”. Адлерианский и трансактный подходы абсолютно по-разному смотрят на составление и осуществление жизненного плана. Попытки интегрировать разные теории обычно приводят к путанице.

Я давно убежден (Lazarus, 1967), что психотерапевт, который хочет, чтобы его работа с широким кругом проблем была эффективной, должен обладать гибкостью, быть разносторонне образованным и использовать *технически* эклектичный подход. Психотерапевт, не забывающий в своей деятельности об этике, может пользоваться разными техниками, которые кажутся ему полезными, независимо от их происхождения. Но одновременно с этим он должен с большой осторожностью подходить к использованию породивших эти техники теорий. Психотерапевтические процедуры могут быть эффективными по причинам, не имеющим ничего общего с их теоретической подоплекой. Полезные техники можно почерпнуть из любого источника. Таким образом, психотерапевт, придерживающийся технического эклектизма, использует большое количество разнообразных методов воздействия, при этом оставая-

ясь приверженцем определенной теоретической структуры, правильность которой может быть подвергнута проверке или опровергнута. В один прекрасный день может возникнуть какая-то суперорганизующая теория или же суперструктура, в рамках которой все существующие сегодня различия сгладятся и все разногласия прекратятся. Но пока этого не произошло, нам не следует забывать о том, что психотерапия находится в препарадигматической фазе развития и, значит, нам необходимо проявлять проницательность и осторожность, имея дело с существующими сегодня теориями.

Психотерапия крайне нуждается в теоретической основе для интеграции. Я считаю, что ни одна из нынешних теорий в качестве такой основы выступить не может. Нам нужен клинический тезаурус с перекрестными ссылками на разные виды психотерапевтического воздействия. Следует операционализировать и конкретизировать процесс принятия решений психотерапевтом. Для этого необходим системный прескриптивный эклектизм (Norcross, 1986), отличающийся от эклектической ориентации, при которой психотерапевты постоянно оказываются жертвой модных веяний. Бездумная эклектика ничуть не лучше догматического, узконаправленного и ригидного ортодоксального подхода. В недрах бессистемного эклектизма не могут возникнуть столь необходимые тесты и измерительные методы, которые позволили бы предсказать реакции клиентов на разные виды воздействия. Беспорядочный эклектизм не может вооружить нас инструментарием для принятия решений с предсказуемой валидностью и высокой надежностью. Все это указывает на необходимость *науки*, о которой и пойдет речь ниже.

## Наука

Я не устаю повторять, что подход психотерапевта, который хочет добиться конструктивных результатов при работе с широким кругом проблем, должен быть технически эклектичным. При этом ученые, занятые лабораторными экспериментами, не могут допускать в своей работе эклектики — ни технической, ни какой-то другой. При проведении исследований в лаборатории необходимо изучать переменные по одной или по две, чтобы отделить инертные и случайные составляющие от активных и специфических. При проведении научного исследования часто требуется воздержаться от использования потенциально полезных методов, чтобы

определить, *что* на самом деле работает и *почему* оно работает. В клинической же практике отказ от применения потенциально полезных методов часто является показателем отсутствия профессионализма и даже негуманности.

Тем не менее необходимость тщательного наблюдения, внимательной проверки гипотез и постоянной их корректировки на основании эмпирически полученной информации трудно переоценить. Клиницисты часто не придают достаточного значения научной объективности. В психотерапевтических кругах слишком большой упор делается на клинический опыт, интуицию и другие субъективные факторы. Я не собираюсь подвергать сомнению их значимость. У психотерапии есть артистическое измерение, которое может существовать за пределами науки. Однако, имея дело с предположениями и догадками, нам следует быть очень осторожными и стараться держаться подальше от слухов и домыслов. Знания, касающиеся эффективной психотерапии, должны быть заключены в рамки проверяемых теорий.

Некоторые теоретики и психотерапевты забывают о том, что *наука* может существовать без излишней *научности* — то есть она не обязательно должна быть однозначно привержена естественно-научным методам. Совершенно необходимо взаимодействие между лабораторией и клиникой (Woolfolk & Lazarus, 1979). Многие согласятся с тем, что между лабораторными исследованиями и клинической практикой сегодня лежит пропасть и нам следует стремиться к тому, чтобы экспериментальное знание как можно чаще стыковалось с клинической мудростью. Творчески подходящий к своему делу клиницист может выдвигать гипотезы, которые затем подвергнутся проверке исследователя в лаборатории. Без продуктивного диалога между практиками и экспериментаторами наша работа может застрять на одном месте.

Эффективная психотерапия поддерживает баланс между наукой и искусством. Скажем, психофармакологи продемонстрировали, что при биполярном аффективном расстройстве в маниакальной фазе показано применение карбоната литиума — самостоятельно или в сочетании с нейролептиками. *Искусство* психотерапевта состоит в том, чтобы убедить клиента подчиниться этому врачебному предписанию, обращая внимание на задействованные при этом межличностные факторы и внутриличностные системы.

В качестве другого примера возьмем клиента с симптомами невроза навязчивости. Исследования показывают, что если с кли-

ентом будет работать узкий специалист в области семейной терапии или психотерапевт, являющийся экспертом в области сложной интрапсихической динамики, или если в работе с ним будут использоваться гипноз, систематическая десенситизация, самомониторинг или комбинация этих методов, положительного результата вряд ли удастся добиться. Для успешного лечения неврозов навязчивости *часто абсолютно незаменимыми являются техники предотвращения реакции и “наводнения”* (Steketee, Foa, & Grayson, 1982). В то же время было бы неверным считать, что применение *предотвращения реакции и “наводнения”* стандартизировано, единообразно, несложно и должно быть одинаковым во всех случаях. Для того чтобы выработать у клиента мотивацию (например, чтобы он стал подчиняться указаниям психотерапевта или чтобы уменьшить его сопротивление) и научить его справляться с тревожностью, которая обычно повышается при использовании этих техник, требуются определенные клинические навыки.

При решении таких проблем психотерапия обращается за помощью к самым разным наукам, включая социальные (психология, социология и теория общения) и биологические (биохимия, физиология и фармакология). Артистический компонент психотерапии обычно зависит от уровня владения мастерством, поэтому студентам рекомендуется равняться на специалистов, умеющих формулировать скрытые от непосредственного наблюдения алгоритмы и эвристические правила работы в клинике.

## Широта

Мы — существа, которые движутся, чувствуют, ощущают, воображают, думают и общаются друг с другом. В основе своей мы — биохимические и нейрофизиологические единицы. Следовательно, полноценное лечение заключается в коррекции дезадаптивного и девиантного поведения, неприятных чувств, негативных ощущений, нежелательных фантазий, дисфункциональных убеждений и биохимического дисбаланса. Результаты лечения оказываются позитивными и долговременными, если при определении проблемы (постановке диагноза) принимается во внимание каждая из этих модальностей и уже на основании такого широкого диагноза осуществляется терапевтическое вмешательство (Lazarus, 1981). Для обозначения семи отдельных, но связанных друг с дру-



гом столпов, на которые опираются человеческий темперамент и личность, я ввел акроним BASIC I.D.\*, где В (англ. Behavior) — поведение, А (англ. Affect) — эмоции, S (англ. Sensation) — ощущения, I (англ. Imagery) — воображение, С (англ. Cognition) — мышление, I (англ. Interpersonal relationships) межличностные отношения, D (англ. Drugs/Biology) — медикаменты (биология). При взаимодействии клиента с психотерапевтом всегда имеет место *поведение* (например, лежание на кушетке и свободное ассоциирование или активное участие в ролевой игре), *эмоции* (радость от того, что тебя принимают, не оценивая, или высвобождение подавленного гнева), *ощущения* (внезапное осознание телесного дискомфорта или же целенаправленное вызывание у себя приятных ощущений), *воображение* (промелькнувшее в памяти детское воспоминание или воспроизведение успокаивающих образов) и *мысли* (догадки, философские построения, идеи и суждения, из которых состоят наши фундаментальные установки, ценности и убеждения). Все это происходит в контексте *межличностных* отношений. Кроме того, многим клиентам требуется еще и *медикаментозная терапия* (например, нейролептики, антидепрессанты и препараты, снимающие тревожность).

Для того чтобы понять, каковы основные составляющие BASIC I.D., необходимо многое знать о человеке и о социальной среде, в которой он живет. Далее, следует уделять пристальное внимание взаимодействию всех семи модальностей — тому, как определенное поведение влияет на эмоции, ощущения, воображение, мышление и значимые взаимоотношения и как они, в свою очередь, влияют на поведение. Это необходимо, чтобы достичь такого уровня точности предсказаний и контроля, при котором не останется места случайностям. Внимательное, систематическое и целенаправленное изучение BASIC I.D. было названо *мультимодальной терапией* (Lazarus, 1973, 1981, 1985). Многие клиницисты используют подходы, включающие в себя большое количество измерений и составных частей, называя эти подходы “мультимодальной терапией”. Однако, хотя многие мультимодальные виды терапии являются эклектичными, далеко не все эклектичные виды терапии являются “мультимодальными” в плане изучения всех составляющих, о которых мы говорим. Наш подход — это пример *широты*. Мы исходим из того, что, чем большему количеству

---

\*Basic I.D. — основное удостоверение личности (англ.) — *Прим. переводчика.*

способов реагирования человек научится во время терапии, тем меньшей будет вероятность возникновения у него рецидивов.

С этим связано и наше убеждение в том, что к клиентам, страдающим большим количеством специфических проблем, должно применяться такое же количество специфических методов лечения. Проблему, которую мультимодальный психотерапевт назвал бы “широкой и комплексной”, большинство традиционных психотерапевтов назвали бы *глубинной*. Я считаю, что такое понимание проблемы ведет к негативным результатам. Давайте поближе рассмотрим “феномен глубинности”.

## Глубина

Психотерапевтические теории слишком часто составляют сложное целое из простых элементов. Некоторым клиницистам удается даже самые обычные проблемы превращать в клубок патологий и потом находить в нем внутреннюю динамику и разные сложные компоненты — так же, как фокусник находит в своей шляпе кроликов. Эффективные психотерапевтические теории ничего не усложняют, а наоборот, расчлняют сложные и многозначные факторы на простейшие составляющие. Использование таких метафизических выражений, как *примитивные мазохистские потребности* или *кризис идентичности*, затуманивает суть проблемы, окружая ее атмосферой мистификации. Когда проблему называют “серьезной” или “глубинной”, вокруг нее часто возникает аура безнадежности, что само по себе может вести к нежелательным результатам. Когда клиент говорит о том, что корни его проблемы лежат “очень глубоко”, Фэй (Fay, 1978) реагирует на это парадоксальным образом: “Вы хотите сказать, в селезенке или в поджелудочной железе?” На вопросы типа: “Разве нам не следует заглянуть поглубже в прошлое?” — он может ответить: “Вы имеете в виду эпоху динозавров?”

При употреблении термина *глубинный* по отношению к психологическим факторам обычно предполагается, что какие-то события, происшедшие в раннем детстве, вызвали появление определенной привычки или проблемы и если обращать свое внимание лишь на недавние происшествия и на факторы, остающиеся в силе на сегодняшний день, проблему разрешить не удастся. Таково общепринятое значение понятия “*глубинный*”. Чем глубже проблема,

тем она сложнее и тем меньше надежды разрешить ее. Давайте рассмотрим один пример.

Г-ну Н.С. — неженатому белому 32-летнему бухгалтеру — был поставлен диагноз “мазохизм с тенденцией к саморазрушению, пассивно-агрессивный, состояние пограничное”. При этом утверждалось, что его “глубинные” проблемы развились вследствие чрезмерной суровости отца и слишком большой заботливости матери. Несмотря на то, что Н.С. в свое время был хорошим студентом, на работе он явно не мог в полной мере применить свои способности. Он был “на крючке” у начальника-эксплуататора, который, вероятно, пользовался его так называемым “страхом успеха”. В возрасте 26 лет он начал обращаться за помощью к разным специалистам, среди которых были психотерапевт, использовавший в своей работе сочетание антидепрессантов и динамической психотерапии, и семейный терапевт — приверженец школы Боуэна. Результат был минимальным (если был вообще). Ко мне как к “мультимодальному психотерапевту” ему посоветовала прийти его тетка по материнской линии, с дочерью которой я до этого работал.

При *широкой* мультимодальной оценке состояния клиента выяснилось, что у него были проблемы практически в каждой из составляющих BASIC I.D. При этом наибольшее количество информации удалось получить относительно *воображения*. Н.С. рассказал о том, что он часто представлял себе, как его родители плохо с ним обращаются, как над ним насмеются товарищи, и о других картинах неудач как в прошлом, так и в настоящем. Важно также, что он не мог вызвать у себя положительно окрашенные образы: вместо того чтобы представить себе успех в выполнении какого-то дела, он неизменно рисовал в уме поражение и провал. По этой причине непосредственной задачей психотерапии стала модификация воображения. Для этого необходимо было осуществить две основные процедуры:

- 1) Используя “машину времени”, я отослал его в прошлое, к конкретным беспокоившим его событиям. Например, Н.С. постоянно мысленно возвращался к одному случаю, имевшему место, когда ему было девять лет — рассерженный отец сломал в щепки его новый велосипед, швырнув его об стену. Коррекция образа за-

ключалась в том, что 32-летний мужчина “возвращался” в свое детство, чтобы укорить отца и успокоить свое девятилетнее *alter ego*. Так было совершено несколько “путешествий во времени” с целью изменить образы и провести “десенсиитизацию”.

2) Для того чтобы создать в своем воображении образы успеха, Н.С. должен был представлять себе, как он постепенно справляется со все более и более сложными задачами. Уверенность в своих силах легче развить, если мысленно ситуацию, с которой, кажется, невозможно справиться, разбить на составные части и затем — шаг за шагом — справляться с каждой из этих частей по отдельности.

Широкий охват всего мультимодального спектра позволяет психотерапевту увидеть целостную картину происходящего в каждой из модальностей. В приведенном выше случае, у клиента обнаружились неполадки не только в воображении, но и в других модальностях: в межличностном общении ему не хватало уверенности в себе и социальных навыков, мышление было переполнено дисфункциональными убеждениями (такими, как перфекционизм и дихотомические суждения), которые необходимо было реструктурировать и опровергать при помощи фактов. К концу терапии (сеансы проводились еженедельно в течение 14 месяцев) мы внимательно изучили каждую из модальностей. Признаков поведения, которое можно было бы назвать “мазохистским, саморазрушительным и пограничным”, обнаружено не было. Н.С. продвинулся вперед как в личностном, так и в профессиональном плане, бросил курить, стал больше заботиться о своем здоровье, сменил работу, заняв более высокое положение в другой организации.

Конечно, отдельный случай ничего не доказывает. Я привел пример Н.С. лишь для того, чтобы показать существенные различия между “глубинным” и “обширным” подходами. Количество и разнообразие проблем часто озадачивают психотерапевта, заставляя гадать, с чего лучше начать. Клиницистам следует пользоваться стратегией, которой научился г-н Н.С., то есть решать проблемы по одной. При таком подходе не создается зловещей атмосферы, которая обычно окружает мрачные диагнозы типа “глубинного мазохизма” или “пограничной личности”. Кроме “глубины” проблем, говорят еще и об их серьезном, интенсивном и глубоко лич-

ном характере. Независимо от того, что при этом имеется в виду, в этих определениях содержится представление о сложности этих проблем или даже об их недоступности для решения. Я считаю, что при таком подходе не появляется уверенности в своих силах и надежды на успех, которые столь необходимы как клиенту, так и психотерапевту. В следующий раз, услышав, что психотерапевт говорит о “глубинной” проблеме, обратите внимание, каким угрюмым станет выражение его лица и как он при этом отрицательно покачает головой!

## **Конкретность**

Все вышесказанное сводится к подчеркиванию необходимости *конкретности* — а именно, определения того, “*какое и кем* проводимое лечение и при *каких* обстоятельствах окажется наиболее эффективным для *этого* человека, с *этой* конкретной проблемой” (Paul, 1967). Теоретически большинство клиницистов согласны с тем, что каждый клиент уникален и лечение должно быть “сшито по его мерке”, однако на практике они часто “подгоняют” клиента под свои методы лечения, независимо от того, подходят ему эти методы или нет. Всем давно известно, что лечение оказывается удачным, только если его программа была составлена в соответствии с нуждами конкретного клиента, а заталкивание всех подряд в прокрустово ложе ведет к низким результатам. Клиницист, приверженный принципу конкретности, прежде чем взяться за лечение клиента, должен задать себе следующие вопросы:

Тот ли я человек, в котором нуждается этот клиент?

Не будет ли ему лучше обратиться к другому специалисту?

Установилось ли между нами взаимопонимание?

Уверен ли я в том, что используемые мною методы дадут желаемый результат?

Определил ли я, какой вид лечения использовать, в какой форме, с какой скоростью и в каком ритме?

Пришли ли мы к согласию относительно исходной частоты и продолжительности сеансов?

Для того чтобы “сшить психотерапию по индивидуальному заказу”, на эти вопросы ответить просто необходимо. Но это еще не все.

Предположим, все идет нормально и психотерапевт решает, что на данной стадии было бы полезно провести с клиентом тренинг релаксации. Для того чтобы соблюсти принцип конкретности, ему придется ответить на следующие вопросы:

Какой из многочисленных видов программы тренинга релаксации окажется наиболее подходящим для этого клиента?

Как часто должен клиент заниматься тренингом и какой продолжительности должны быть эти занятия?

Если я дам ему кассеты для выполнения заданий дома, его готовность заниматься увеличится или уменьшится?

Обратите внимание на то, какой уровень конкретности я имею в виду. Фрейдисты, адлерианцы, юнгианцы, роджерсианцы и последователи Салливана так же, как и представители большинства других направлений психотерапии, редко задаются вопросами, подобными тем, что были приведены выше. Я считаю, что выживание нашей научной дисциплины зависит от того, будем ли мы стараться найти конкретные ответы на очень конкретные вопросы — вот альтернатива, которую я предлагаю взамен неустойчивых конструкторов, всеобъемлющих теорий, сверхобобщений и динамики, выведенной посредством умозаключений. Клиницист может найти рациональный и эффективный способ решения проблемы, только если будет задавать правильные вопросы.

Позвольте мне привести последний пример, чтобы показать, какая степень точности достигается при помощи широкого мультимодального подхода. У меня было два пациента с одинаковой, на первый взгляд, проблемой: оба страдали “приступами тревожности”, происходившими “без всякой причины”. При помощи процедуры *отслеживания* (Lazarus, 1981) клиенты изучали последовательность событий, предшествовавших возникновению этих приступов.

Первый пациент путем интроспекции и тщательного наблюдения за своим поведением обнаружил следующее:

*“Сначала появляются какие-то странные ощущения — неприятные ощущения. Они могут возникнуть в любой части*

*тела. Например, может появиться ощущение, что голова напряжена, или боль, дрожь, слабость в коленях. Я обращаю внимание на эти неприятные ощущения, и они от этого только усиливаются. Скоро я понимаю, что они распространились и на другие органы. Тогда я начинаю **думать** о том, что со мной может быть не в порядке. Мой ум ужасно активен! И воображение у меня яркое, поэтому вскоре я начинаю **видеть** все ужасы, которые могут со мной произойти, например, инфаркт, инсульт или какой-нибудь припадок. Тут-то тревожность и достигает пика!”*

Итак, у этого клиента возникновению дисфункциональной эмоциональной реакции — тревожности — предшествует последовательность Ощущение-Мысль-Воображение (О-М-В). У второго пациента возникновению тревожности предшествовала другая цепь событий:

*“Это случается так: все вроде бы в порядке, и вдруг я начинаю **думать** о том, что плохого может произойти. Тогда я начинаю **видеть** каждое из ужасных событий, о которых думаю. Я замечаю, что мое сердцебиение учащается, у меня **сводит** челюсти, и вскоре после этого начинается настоящий приступ тревожности”.*

Здесь тревожность предваряется последовательностью М-В-О (Мысль-Воображение-Ощущение).

При помощи простой процедуры отслеживания выяснилось, что две проблемы, сначала казавшиеся идентичными, на самом деле сильно друг от друга отличались. Последовательность событий выстраивается субъективно и произвольно; у некоторых клиентов она может меняться. Иногда у человека при возникновении тревожности имеет место одна последовательность, а при депрессии — другая.

С клинической точки зрения процедура отслеживания важна потому, что она способствует увеличению точности выбора необходимых техник. Предположим, что в случае №2 (клиент с последовательностью М-В-О) мы начнем с использования техник биологической обратной связи и релаксации. Другими словами, мы применим *сенсорные* процедуры в работе с клиентом, у которого эта модальность стоит третьей по счету. Теоретически, если мы предварительно не уделим должного внимания страшным мыс-

лям и образам, возникающим у этого человека, то биологическая обратная связь и релаксация вряд ли помогут избавиться от проблемы. А вот в случае №1, где ощущения появляются первыми, использование двух названных техник на ранних стадиях психотерапии может помочь нам попасть “прямо в яблочко”.

Рекомендуется выбирать техники для работы в соответствии с порядком, в котором, по словам клиента, “включаются” разные модальности. При наличии последовательности Мысль-Воображение-Ощущение (М-В-О) в качестве первой стратегии можно применить когнитивный компонент тренинга самоинструктирования Мейхенбаума (Meichenbaum, 1977). В результате клиент научится говорить себе при появлении негативных мыслей: “Стоп! Я буду думать только о приятном. Со мной все в порядке. Я буду концентрироваться только на хороших, здоровых, успокаивающих мыслях”. После этого надо будет обратить внимание на следующий элемент последовательности — воображение. Здесь главное — вызывать образы того, как клиент справляется с проблемами, успокаивающие сцены и приятные воспоминания (Lazarus, 1984). После этого следует начать работу с ощущениями при помощи методов биологической обратной связи, релаксации и т.д. Работая с клиентом, у которого последовательность событий выглядит как О-М-В, нужно начать с сенсорных техник, сразу же после этого перейти к позитивному самоинструктированию и закончить работой с воображением.

Я хотел бы закончить отрывком из Сеймура Халлека (Halleck, 1978, p. 501), который я часто цитирую:

“Мы слишком стиснуты рамками того, что усвоили в прошлом, — поэтому и не можем начать эффективно использовать все измерения психотерапии. Я надеюсь, что профессионалы, стремящиеся помочь пациентам изменить поведение, смогут и сами измениться. Если наше сознание будет открыто новому, если мы будем неустанно изучать сложное человеческое поведение и пытаться разобраться в нем, мы скорее придем к многомерному воздействию”.

## Литература

Adler, A. (1924). *The practice and theory of individual psychology*. New York: Harcourt, Brace & Jovanovich.

Adler, A. (1963). Individual psychology. In G.B. Levitas (Ed.), *The world of psychology*. New York: Braziller.



- Berne, E. (1961). *Transactional analysis in psychotherapy*. New York: Grove Press.
- Berne, E. (1972). *What do you say after you say hello?* New York: Grove Press.
- Fay, A. (1978). *Making things better by making them worse*. New York: Hawthorn.
- Garfield, S.L., & Kurtz, R. (1974). A survey of clinical psychologists: Characteristics, activities, and orientations. *The Clinical Psychologist*, 28, 7—10.
- Halleck, S.L. (1978). *The treatment of emotional disorders*. New York: Jason Aronson.
- Herink, R. (Ed.) (1980). *The psychotherapy handbook*. New York: New American Library.
- Lazarus, A.A. (1967). In support of technical eclecticism. *Psychological Reports*, 21, 415—416.
- Lazarus, A.A. (1973). Multimodal behavior therapy: Treating the BASIC ID. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 156, 404—411.
- Lazarus, A.A. (1981). *The practice of multimodal therapy*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, A.A. (1984). *In the mind's eye*. New York: Guilford Press.
- Lazarus, A.A. (Ed.) (1985). *Casebook of multimodal therapy*. New York: Guilford Press.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum Press.
- Norcross, J.C. (Ed.) (1986). *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Salter, A. (1949). *Conditioned reflex therapy*. New York: Farrar, Straus.
- Smith, D. (1982). Trends in counseling and psychotherapy. *American Psychologist*, 37, 802—809.
- Steketee, G., Foa, E. B., & Grayson, J.B. (1982). Recent advances in the behavioral treatment of obsessive-compulsives. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1365—1371.
- Wohlgemuth, A. (1923). *A critical examination of psychoanalysis*. London: George Allen & Unwin.
- Woolfolk, R.L., & Lazarus, A.A. (1979). Between laboratory and clinic: Paving the two-way street. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 239—244.

## *Отзыв Клу Маданес*

Я хотела бы подчеркнуть в выступлении д-ра Лазаруса некоторые аспекты, по моему мнению, представляющие собой почву, на которой разные психотерапевтические школы могли бы прийти к согласию.

1) Между стремлением интегрировать различные теории и желанием использовать полезные техники независимо от их происхождения есть большая разница. Например, идея того, что корни психической патологии кроются в подавленных детских фантазиях, несовместима с идеей о том, что патология рождается из социальной ситуации, в которой человек живет сегодня.

С другой стороны, техника *интерпретации*, например, выросла из теории вытеснения, но это не мешает ей иногда быть полезной в рамках терапии межличностных отношений. В психоанализе поведение мужа, отвергающего свою жену, может быть проинтерпретировано так: жена является для него олицетворением матери, которую он идеализировал и перед которой преклонялся. С точки зрения теории межличностного общения, этой ситуации можно дать такую интерпретацию: человек разрывается между верностью матери и жене и по очереди предаёт то одну, то другую.

2) Эффективность техник и методов не обязательно зависит от их происхождения. В рамках теории вытеснения интерпретация эффективна потому, что, объясняя истинное положение вещей, она избавляет человека от того, что прежде было вытеснено. В контексте теории межличностного общения интерпретация эффективна, поскольку она мотивирует клиента следовать предложениям или указаниям психотерапевта. В приведенном выше примере целью психоаналитической интерпретации было объяснить человеку, *что* его жена на самом деле для него символизирует. В рамках терапии межличностного общения задача интерпретации заключалась в том, чтобы побудить мужчину сделать выбор между женой и матерью. При использовании бихевиорального подхода иногда рекомендуют отцу награждать обычно непослушного и дерзкого ребенка маленькими подарками или деньгами, если тот будет вежлив с матерью. В то же время с точки зрения стратегического подхода можно предположить, что отец неявно поощряет враждебное поведение ребенка по отношению к матери. В таком случае отцу может быть рекомендовано благодарить сына и давать

ему доллар всякий раз, когда он грубит матери. Эти два метода воздействия похожи друг на друга, с той разницей, что в одном, в соответствии с теорией позитивного подкрепления, вознаграждается хорошее поведение, а в другом — плохое, поскольку вторая теория предполагает, что ребенок является выразителем скрытого конфликта между родителями и при превращении этого конфликта в открытый ребенок перестает быть частью проблемного треугольника.

3) Психотерапевтическое искусство, вне зависимости от модальности терапии, состоит в том, чтобы убедить пациента в необходимости следовать указаниям психотерапевта. Для всех видов психотерапии эта задача представляет большую сложность. Опытные психотерапевты большинства школ в состоянии решить проблемы клиента, если он следует их указаниям; трудность состоит в том, что не все клиенты готовы это делать. По отношению к этим-то людям разные виды психотерапии и используют разные подходы. Некоторые настаивают на том, что лечить стоит только тех клиентов, которые подчиняются определенным строгим правилам относительно того, кто должен присутствовать во время сеанса, как часто сеансы должны проводиться, как отменять визит и т.д., и отказываются принимать тех, кто этих правил не соблюдает. В других школах принято “подстраиваться” под клиента так, чтобы лечение мог получить каждый; представители таких школ иногда пытаются повлиять даже на людей, не обращающихся к ним, работая через их родственников.

4) Важно, чтобы студенты учились у профессионалов, способных объяснить им неявные правила психотерапии и раскрыть уникальный потенциал каждого из учеников. По всей стране сейчас появляются институты, похожие на вашингтонский, который мы с Джем Хейли возглавляем. Студенты сегодня начинают осознавать необходимость индивидуального инструктирования с использованием особых — односторонних — зеркал, позволяющих видеть, что происходит в другой комнате, и видеозаписей — то есть средств, дающих возможность супервизору видеть, как работает его ученик, находясь один на один с клиентом. При помощи современной техники процесс психотерапии раскрывается, и, кроме того, появляется возможность проконтролировать работу психотерапевта.

5) Д-р Лазарус назвал семь столпов человеческого темперамента и личности акронимом BASIC I.D. Это вдохновило меня на то,

чтобы предложить другой акроним — HELP\*, включающий в себя четыре основных измерения психотерапии: Н — Юмор (англ. humor), Е — Просветление (англ. enlightenment), Любовь (англ. love) и Игра (англ. play). Для того чтобы психотерапия была успешной и полноценной, а ее результаты — долговременными, необходимо работать именно в этих измерениях.

Юмор и духовное просветление создают отдушину в человеческом одиночестве. Юмор (то, что Кестлер называет “ха-ха”-переживанием) имеет эмоциональный и физиологический компоненты, например, разрядка напряжения посредством смеха. Присутствует и когнитивный компонент (открытие и понимание себя). Однако то, что человек переживает, выходит за рамки только эмоционального, биологического и когнитивного. Вместе с тем, это не то же самое, что Кестлер называет “ага-переживанием” неожиданного инсайта и просветления. Осознание того, что все мы — часть того, что Вирджиния Сатир назвала “космической шуткой”, вероятно, сочетает в себе “ха-ха” и “ага” переживания.

Духовное просветление — это то, о чем Кестлер говорил как о царстве “ах!”; Маслоу называл его “пиковым переживанием”. Это ощущение расширения границ “Я”, единения с людьми, экстаза. Разделенное с другими духовное просветление и юмор помогают нам преодолеть одиночество.

Благодаря юмору мы можем терпеть парадокс нашего существования. Стремление к просветлению — это проявление надежды на то, что смысл жизни существует, хотя этот вопрос навсегда останется без ответа. Любовь и способность прощать — часть духовного просветления. Нам придает силы то, что мы можем любить и быть любимыми. Кроме того, единение с другим человеком или другими людьми в довольно редких случаях можно испытывать во время сексуального экстаза, игры и общей скорби. Игра дает начало творчеству и умению открывать новое. Чем лучше человек умеет смеяться, чем больше он стремится к совершенству, чем больше он отдает и получает любви, чем большее удовольствие он получает от игры, тем легче ему будет переносить трудности жизни и тем больше у него шансов самореализоваться.

6) Я с интересом слушала о том, как д-р Лазарус использовал “машину времени” в случае, когда человек возвращался к конкретным тревожившим его событиям прошлого и исправлял нега-

---

\*Help (англ.) — помощь.

тивные образы, помогая своему старому *alter ego* самоутвердиться и успокоиться. Этот случай напомнил мне о моем любимом виде психотерапии, которым пользовался Милтон Эриксон — терапии юмора, просветления, любви и игры. Я хотела бы кратко пересказать вам один случай ее применения по книге Хейли “Необычайная терапия” (Haley, J. *Uncommon Therapy*, New York: Norton, 1973).

Недавно вышедшая замуж молодая женщина рассказала Эриксону о том, что она была единственным ребенком богатых родителей, которые не обращали на нее никакого внимания; воспитывали ее слуги, и ее детство было одиноким и безрадостным. Ее проблема заключалась в том, что она боялась иметь детей, считая, что может стать плохой матерью, поскольку ничего хорошего о детстве не знала. Эриксон описывает, как он загипнотизировал эту женщину, вернув ее в возраст “около четырех или пяти лет”. Пропитирую самого Эриксона (Haley, 1973):

“Я сказал ей, что, вернувшись в этот возраст, она должна будет “спуститься в гостиную”, где будет находиться “незнакомый мужчина”, который с ней заговорит.

Возвращение в нужный возраст прошло нормально, она взглянула на меня по-детски широко раскрытыми глазами и спросила: “Вы кто?”. Я ответил: “Я — Человек из Февраля. Я друг твоего отца. Жду, когда он придет домой. Ты поговоришь со мной?” Она приняла предложение и рассказала мне, что у нее в феврале день рождения. Она вполне свободно говорила на уровне четырех- — пятилетнего ребенка; она выглядела одинокой и было заметно, что Человек из Февраля ей понравился. Примерно через полчаса я сказал, что отец вот-вот придет и что ей лучше пойти наверх, а я буду с ним разговаривать. Она спросила, придет ли Человек из Февраля еще раз, и я заверил ее в том, что он еще вернется. Человек из Февраля приходил в апреле, июне, в ноябре перед днем Благодарения и под Рождество.

Терапия продолжалась несколько месяцев, иногда сессии проходили дважды в неделю. Все, что происходило с ней в состоянии транса, женщина забывала, но ей разрешалось вспоминать предыдущие визиты Человека из Февраля, находясь под воздействием гипноза. Постепен-

но возраст девочки, которой она становилась в гипнотическом состоянии, увеличивался, а интервалы между визитами Человека из Февраля удлинялись, так что по достижении ею 14 лет можно было “случайно” встречаться в реальных местах, где она бывала в разные периоды своей жизни. Часто такие встречи происходили за несколько дней до того, как случались реальные события в ее прошлом. Девушка становилась старше, встречи с Человеком из Февраля продолжались, и она радовалась тому, что могла видеть его и разговаривать с ним о своих подростковых интересах. При помощи этого метода оказалось возможным ввести в ее воспоминания чувство того, что ее принимают и что она может многим в своей жизни поделиться с реальным человеком. Если она просила подарков, ей предлагались вещи, которыми нельзя наслаждаться долго. Например, у нее вызывалось ощущение, что она только что съела конфету или что они минута назад прогуливались с Человеком из Февраля мимо цветочной клумбы. Когда она все это проделывала, я чувствовал, что у меня получается экстраполировать в ее воспоминания чувство, что в ее детстве были положительные эмоции.

По мере продолжения терапии пациентка в состоянии бодрствования выказывала все меньшую озабоченность тем, что может стать плохой матерью. Она постоянно спрашивала, что я делал с ней в состоянии транса такого, что придаст ей уверенности при общении с детьми любого возраста. Я всегда говорил ей — как в трансе, так и в состоянии бодрствования — что она не будет помнить вербальной стороны того, что происходило под гипнозом. Однако эмоциональные ценности оставались при ней, она могла наслаждаться ими, а в будущем, возможно, и разделить их со своими детьми. Через много лет я узнал, что у этой женщины было трое малышей, которые приносили ей большую радость”.

В психотерапии Милтона Эриксона границы — это иллюзии. Отсутствие границ было для него обыденной реальностью. Выступая в роли воспоминания о новом любящем человеке, Эриксон уничтожил границы между прошлым и настоящим, клиентом и

психотерапевтом, фантазией и реальностью. Там, где многие психотерапевты предпочли бы поощрять пациентку к тому, чтобы смело взглянуть в глаза реальному прошлому, Эриксон решил ввести в ее память фантазию, таким образом создав для нее новую реальность.

В заключение скажу, что я согласна с д-ром Лазарусом в том, что принцип простоты для нас очень важен и что существует необходимость в конкретных ответах на конкретные вопросы. И все же: можно ли научить новаторству — такому, какое проявил Эриксон с Человеком из Февраля? Оскар Уайльд сказал: “Ничему из того, что стоит знать, научить нельзя”. А Альберт Эйнштейн сделал такое замечание: “Воображение важнее, чем знание”. Именно воображение — то, чему стоит учиться и чему так трудно научить — и позволяет психотерапевтам создавать новые реальности.

## Арнольд А. Лазарус

# ЭФФЕКТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ: ЗАПРЕТ ПРОКРУСТОВА\* ЛОЖА И РАЗВЕНЧАНИЕ ДЕСЯТИ МИФОВ

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

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

1. Интеграция (или теоретический эклектизм) способствуют расширению психотерапевтической базы данных и существенному улучшению результатов психотерапевтического воздействия.

2. Глубокое изучение одной из психотерапевтических школ или систем — лучший способ обогатить свои знания и научиться помогать клиентам.

---

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



3. Правильные отношения между клиентом и психотерапевтом являются необходимым и достаточным условием для осуществления значительных изменений в личности клиента.

4. При использовании любых психотерапевтических подходов результат определяется одними и теми же факторами, поэтому результаты практически не зависят от выбранного метода воздействия.

5. Научой не подтверждено существование конкретных методов воздействия на конкретную проблему или конкретных стратегий, применение которых особенно эффективно при конкретных синдромах.

6. Когнитивная и бихевиоральная терапии в лучшем случае поверхностны; для осуществления реальных перемен необходимо уделять внимание снам, бессознательной мотивации и сильным чувствам.

7. На первой встрече психотерапевта с клиентом должны присутствовать все члены ближайшего окружения клиента. Если не проводить работу с каждым из них, результат лечения клиента окажется несбалансированным или неудовлетворительным в каком-то другом смысле.

8. Взаимоотношения клиента с психотерапевтом являются отражением микрокосма всех значимых отношений в жизни клиента.

9. Изменения, происходящие в кабинете психотерапевта или в терапевтической группе, автоматически переносятся на внетерапевтические ситуации.

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

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

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

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

## Культы

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

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

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

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

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

По результатам некоторых опросов, от трети до половины американских психотерапевтов причисляют себя к эклектикам (Dryden and Norcross, 1990), однако до сих пор часто считается модным принадлежать к определенной школе. “Я приверженец клиент-

центрированной психотерапии”. “Я когнитивный психотерапевт”. “Я психоаналитик”. Что произойдет, если клиент, которому нужна помощь когнитивиста, окажется на приеме у психотерапевта, практикующего клиент-центрированный подход и наоборот? Результаты проведенного мною опроса показывают, что клиент чаще получает не тот вид психотерапии, в котором он нуждается, а тот, который практикуется его психотерапевтом (Lazarus, 1989). “Вы мой клиент. Я работаю так-то”. Неважно, что нужно клиенту. Представьте себе, что пациенту необходимо удалить миндалины, но он попадает на прием к хирургу-урологу, который, ничтоже сумняшеся, вырезает ему простату!

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

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

## **Лечение панического расстройства**

С тридцатитрехлетним бухгалтером случился приступ паники, когда он ехал домой с работы в своей машине. Ему показалось, что его сердце отказывает и он умирает. Он остановил машину, открыл дверь и вывалился на обочину дороги. Скоро его отвезли в ближайшую больницу, а через несколько часов отпустили домой. “Доктор сказал, что у меня возникла реакция тревоги”. На следу-

ющее утро, заведя двигатель машины, он почувствовал те же симптомы (страх, учащенное сердцебиение, головокружение, затрудненное дыхание, дрожь, повышенное потоотделение, боль в груди, тошноту, озноб). Жена отвезла его к семейному врачу, который после осмотра выписал ему ативан. “Моя жизнь превратилась в постоянную борьбу”, — говорил больной. В течение месяца у него все чаще стало проявляться поведение избегания. “Приступы атаквали меня везде — не только за рулем, но и в кино, в ресторане, в местах, где было много людей, даже в гостях у друзей, когда я пытался расслабиться... Я стал избегать этих людей и мест, и это очень сильно повлияло на мою семейную жизнь”.

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

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

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

— А почему? — спросил я.

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

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

Полученная от социального работника история болезни потрясла меня. Начиналась она с относительно безобидных предположений о наличии у клиента амбивалентности, зависимости, сопротивления, тенденции к регрессии, склонности к пассивной агрессивности, а также непреодоленного эдипова комплекса. Далее упо-

минались каннибалистские образы, как-то связанные с неразвитыми объектными отношениями и соперничеством братьев, а также сотрудник клиента, к которому тот якобы испытывал гомосексуальное влечение, одновременно желая его смерти. Все это называлось “нарциссическим пограничным расстройством личности”, и прогноз давался неблагоприятный. В качестве средства воздействия был выбран, конечно, психоанализ, но исходно предполагалось, что “круговая оборона”, которую занял пациент, будет помехой психотерапевтическому процессу.

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

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

А какова вероятность излечения панического расстройства в условиях терапевтических отношений, основанных на конгруэнтности, безусловном положительном отношении и эмпатическом

---

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

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

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

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



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

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

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

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

Постепенно уменьшалась частота сеансов психотерапии: от двух сеансов в неделю мы перешли к одному, затем стали встречаться раз

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

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

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

Хотелось бы добавить, что в течение нашего длительного общения я не обнаружил никаких следов склонности к самоубийству, гомосексуализма, нарциссизма или пограничного состояния, выявленных предыдущим психотерапевтом. Однако, исходя из гипотез относительно эффективности психотерапии (например, что результат не зависит от того, какой из психотерапевтических подхо-

дов был использован, и нет данных о том, что в конкретных случаях следует предпочитать одни методы другим), некоторые психотерапевты могут решить, что клиент ничего бы не выиграл и не проиграл, если бы его случаем занимался “чистый” психоаналитик или семейный терапевт — важно только, чтобы клиент и психотерапевт нашли общий язык. Давайте подробнее рассмотрим это неверное, но распространенное убеждение. (Мы уже уделили некоторое внимание развенчанию мифов 3, 5 и 6, гласящих, что правильные взаимоотношения в процессе психотерапии обычно являются необходимым и достаточным условием ее эффективности, что не существует документов, убедительно доказывающих предпочтительность использования определенных методов в конкретных случаях, и что когнитивная психотерапия поверхностна).

## **Миф об общих факторах**

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

Как показал Гайлс (Giles, 1983a, 1983b, 1990), такие необоснованные выводы делаются обычно на основании результатов некорректных исследований (в качестве примера можно привести исследование Люборски, Сингера и Люборски (Luborsky, Singer, and Luborsky, 1975)) и ошибочных метаанализов (например, работа Смита, Гласса и Миллера (Smith, Glass, and Miller, 1980)). Ошибки в таких случаях происходят оттого, что довольно часто симптомы имеют тенденцию спонтанно исчезать, что может происходить под влиянием случайных жизненных обстоятельств, или же как результат эффектов ожидания и плацебо (Lambert, 1986). Благодаря этим факторам даже не очень компетентный психотерапевт может добиться весьма стабильной 50-процентной ремиссии, за исключением тех случаев, когда он имеет дело с тяжелыми формами алкогольной или наркотической зависимости, серьезными расстройствами характера, крайними случаями нарушений контроля влечений или другими серьезными расстройствами.

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

направленности. Как психотерапевт я не испытываю рабской привязанности к какой бы то ни было ориентации. Наоборот, пытаюсь найти индивидуальный подход к каждому отдельно взятому клиенту, я использую весь спектр психотерапевтических стилей — от спокойной, размеренной экзистенциальной рефлексии до активного и директивного научения, моделирования и инструктирования. Фокус моего внимания постоянного перемещается от клиента и его проблем к социальному окружению и контексту, в котором эти проблемы существуют, и наоборот.

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

## **Интеграция как псевдорешение**

Мало кто станет спорить с тем, что обобщающий, интегрирующий различные психотерапевтические стратегии и теории подход хорош и полезен. Теоретически кажется, что в нем нет ничего от

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

На первый взгляд, сближение этих двух подходов кажется разумным до тех пор, пока мы не задумываемся над тем, по каким признакам следует отбирать “внутренние процессы”, с которыми необходимо иметь дело. Для динамической ориентации характерно как раз то, что ее сторонники не могут прийти к согласию относительно “внутренних процессов”. Даже спустя столько времени после знаменитого разрыва между Фрейдом, Юнгом и Адлером, после всех дебатов между образовавшимися в результате этого разрыва группами ученых, современные представители динамической психологии — Кохут, Винникотт, Гартман, Малер — до сих пор не могут согласиться ни со своими предшественниками, ни друг с другом. Весьма типична позиция одного из видных глашатаев психоанализа и психодинамики, Джейкоба Арлоу (Arloу, 1989, р. 42): “К сожалению, не существует исследования, адекватно осветившего бы результаты использования психоанализа. В целом, то же самое можно сказать практически обо всех видах психотерапии. Слишком большое количество переменных, с которыми приходится иметь дело, не позволяет провести контролируемого и статистически валидного исследования результатов психотерапии”. Через параграф после этого он заявляет: “Тем не менее остается фактом, что при правильном применении в подходящем случае психоанализ не имеет себе равных среди всех остальных видов психотерапии” (р. 43). Вот до чего непоколебимой бывает вера!

Аграс (Aграс, 1987) предполагает, что, если будет экспериментально установлена эффективность динамической психотерапии, после этого можно рассмотреть потенциальную ценность интегра-

ции бихевиорального и психодинамического направлений. Однако остается неясным, как можно интегрировать психоанализ и бихевиоральную терапию, если бихевиоральные конструкты основываются на операциональных определениях, тогда как большинство психоаналитических принципов экспериментальной проверки не поддается.

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

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

пользовать “домашнюю работу” и другие маневры (Lazarus & Fay, 1984b).

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

## **Жаргон**

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

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

Мы постоянно слышим о позитивном переносе, негативном переносе, невротическом переносе, анализе переноса и лечении переноса. Многие говорят: “У меня негативный перенос”, — имея



в виду, что им просто не нравится какой-то клиент. Конечно, значение термина намного шире; он, по крайней мере, означает, что подавленные чувства психотерапевта вызываются к жизни посредством идентификации или же посредством субъективной реакции на проявления враждебности пациента.

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

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

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

## Литература

- Agras, W.S. (1987). So where do we go from here? *Behavior Therapy*, 18, 203—217.
- Arlow, J.A. (1989). Psychoanalysis. In R.J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (4<sup>th</sup> ed.) (pp. 19—62). Itasca, IL: Peacock.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders*. New York: Guilford Press.
- Beutler, L.E., & Clarkin, J. F. (1990). *Systematic treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions*. New York: Bruner/Mazel.
- Bozarth, J.D. (1990). The essence of client-centered/person-centered therapy. In G. Lietser, J. Rombauts, & R. Van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy: Toward the nineties* (pp. 44—51). Leuven: Katholieke Universiteit te Leuven.
- Clark, D.M., Salkovskis, P.M., & Chalkley, A.J. (1985). Respiratory control as a treatment for panic attacks. *Journal of Behavior Therapy and Experimental psychiatry*, 16, 23—30.
- Dryden, W., & Norcross, J. C. (Eds.). (1990). *Eclecticism and integration in counseling and psychotherapy*. Essex, England: Gale Centre Publications.
- Ellis, A., & Harper, R.A. (1975). *A new guide to rational living*. North Hollywood, CA: Wilshire.
- Fairburn, C.G. (1988). The current status of psychological treatments for bulimia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 635—645.
- Foa, E.B., Steketee, G., Grayson, J.B., & Doppelt, H.G. (1983). Treatment of obsessive-compulsives: When do we fail? In E. B. Foa & P. M.G. Emmelkamp (Eds.), *Failures in behavior therapy* (pp. 10—34). New York: Wiley.
- Franks, C.M., Wilson, G.T., Kendall, P.C., & Foreyt, J.P. (1990). *Review of behavior therapy: Theory and practice*. Vol. 12. New York: Guilford Press.
- Giles, T.R. (1983a). Probable superiority of behavioral interventions—I: Traditional comparative outcome. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 14, 29—32.
- Giles, T.R. (1983b). Probable superiority of behavioral interventions—II: Some implications for the ethical practice of psychological therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 14, 86—90.
- Grayson, J.B., Foa, E.B., & Steketee, G. (1985). Obsessive-compulsive disorder. In M. Hersen & A.S. Bellack (Eds.), *Handbook of clinical behavior therapy with adults* (pp. 133—165). New York: Plenum.
- Hersen, M. & Bellack, A.S. (1985) (Eds.). *Handbook of clinical behavior therapy with adults* (pp. 133—165). New York: Plenum.
- Howard, G.S., Nance, D.W., & Myers, P. (1987). *Adaptive counseling and therapy: A systematic approach to selecting effective treatments*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Klerman, G.L. (1990). The psychiatric patient's right to effective treatment: Implications of *Osherhoff v. Chestnut Lodge*. *American Journal of Psychiatry*, 147, 409—418.
- Kwee, M.G., & Lazarus, A.A. (1986). Multimodal therapy: The cognitive-behavioral tradition and beyond. In W. Dryden & W. Golden (Eds.), *Cognitive-behavioural approaches to psychotherapy* (pp. 320—355). London: Harper & Row.
- Lambert, M.J. (1986). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy. In J.C. Norcross (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy* (pp. 436—462). New York: Bruner/Mazel.
- Larson, D. (1980). Therapeutic schools, styles and schoolism: A national survey. *Journal of Humanistic Psychology*, 20, 3—20.
- Lazarus, A.A. (1971). *Behavior therapy and beyond*. New York: McGraw-Hill.

- Lazarus, A.A. (1984). *In the mind's eye: The power of imagery for personal enrichment*. New York: Guilford Press.
- Lazarus, A.A. (1989). *The practice of multimodal therapy: Systematic, comprehensive and effective psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Lazarus, A.A., & Fay, A. (1975). *I can if I want to*. New York: Warner Books.
- Lazarus, A.A., & Fay, A. (1984a). Behavior therapy. In T. B. Karasu (Ed.), *The psychiatric therapies* (pp. 485–538). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Lazarus, A.A., & Fay, A. (1984b). Some strategies for promoting generalization and maintenance. *The Cognitive Behaviorist*, 6, 7–9.
- Lehrer, P.M., Hochron, S.M., McCann, B., Swartzman, L., & Reba, P. (1986). Relaxation decreases large-airway but not small air-way asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, 30, 13–25.
- Leiblum, S.R., & Rosen, R.C. (Eds.). (1989). *Principles and practice of sex therapy* (2<sup>nd</sup> ed). New York: Guilford Press.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that everyone has won and all must have prizes? *Archives of general psychiatry*, 32, 995–1008.
- Mischel, W., & Peake, P. (1982). Beyond déjà vu in the search for cross-situational consistency. *Psychological review*, 89, 730–755.
- Mueser, K.T., & Berenbaum, H. (1990). Psychodynamic treatment for schizophrenia: Is there a future? *Psychological Medicine*, 20, 253–262.
- Murphy, A.I., Lehrer, P.M., & Jurish, S. (1990). Cognitive coping skills training and relaxation training as treatments for tension headaches. *Behavior Therapy*, 21, 89–98.
- Norcross, J.C. (Ed.). (1986). *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Norcross, J.C., & Grencavage, L.M. (1990). Eclecticism and integration in counseling and psychotherapy: Major themes and obstacles. In W. Dryden & J.C. Norcross (Eds.), *Eclecticism and integration in counseling and psychotherapy*. Essex, England: Gale Centre Publications.
- O'Halon, W.H. (1990). A grand unified theory for brief therapy: Putting problems in context. In J. K. Zeig & S.G. Gilligan (Eds.), *Brief therapy: Myths, methods and metaphors* (pp. 78–89). New York: Brunner/Mazel.
- O'Leary, K.D., & Wilson, G.T. (1987). *Behavior therapy: Application and outcome* (2<sup>nd</sup> ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ost, L.G., & Sterner, U. (1987). Applied tension: A specific behavioral method for treating blood phobia. *Behavior Research and Therapy*, 25, 25–30.
- Rachman, S., & Wilson, G.T. (1980). *The effects of psychological therapy*. London: Pergamon.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95–103.
- Salkovskis, P.M., & Westbrook, S. (1989). Behaviour therapy and obsessional ruminations: Can failure be turned into success? *Behaviour Research and Therapy*, 27, 149–160.
- Saltzman, N., & Norcross, J.C. (1990). *Therapy wars: Contention and convergence in different clinical approaches*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Smith, M.L., Glass, G., & Miller, T. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Wilson, G.T. (1990). Clinical issues and strategies in the practice of behavior therapy. In C.M. Franks, G.T. Wilson, P.Cp. Kendall, & J.P. Foreyt (Eds.), *Review of behavior therapy*, Vol. 12 (pp. 271–301). New York: Guilford Press.

- Wilson, G.T., & Smith, D. (1987). Cognitive-behavioral treatment of bulimia nervosa. *Annals of Behavioral Medicine*, 9, 12–17.
- Woolfolk, R.L., & Lehrer, P. M. (Eds.). (1984). *Principles and practice of stress management*. New York: Guilford Press.
- Zeig, J.K. (Ed.). (1987). *The evolution of psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Zeig, J.K., & Gilligan, S.G. (Eds.). (1990). *Brief therapy: Myths, methods and metaphors*. New York: Brunner/Mazel.
- Zilbergeld, B., & Lazarus, A.A. (1988). *Mind power: Getting what you want through mental training*. New York: Ivy Books.

## *Комментарий Джея Хейли*

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

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

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

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

Однако до сих пор психотерапевты, пытающиеся изменить людей, не смогли достичь консенсуса. У них нет даже общего мнения относительно того, является ли осуществление личностных изменений задачей психотерапевта. Если бы мы спросили об этом у многих психоаналитиков, они, весьма вероятно, ответили бы отрицательно. Их задача — помочь людям понять самих себя, а

изменится человек после этого или нет, от них не зависит. Нет согласия и во вопросу о том, как психотерапевт должен определять проблему, с которой необходимо работать. Если нет согласия относительно проблемы, не может быть и согласия относительно методов воздействия на нее. Один психотерапевт может считать, что страх умереть от инфаркта — это проблема, связанная с иррациональными убеждениями. Другой решит, что страх — это способ определиться в отношениях с женой и заставить ее вести себя определенным образом. Многие психотерапевты сочтут, что на симптомы лучше всего воздействовать через супружеские отношения и будут ожидать, что изменения симптомов будут коррелировать с изменениями в семье.

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

Если мы не можем прийти к общему мнению по поводу задачи психотерапии и к согласию относительно проблемы, как же мы можем одинаково видеть ее причины? Мы даже не имеем общей точки зрения на то, имеет ли причина значение для методов решения проблемы. Например, существовала теория о том, что прошлые травмы вызывают сегодняшние фобии. Сегодня некоторые психотерапевты не соглашались с подобной причинно-следственной связью. Другие же считают, что эта причина не имеет отношения к способам решения проблемы. Они говорят, что теории, объясняющие, как человек пришел к своему сегодняшнему состоянию, — это одно, а теории, предлагающие путь осуществления изменений, — это совсем другое.

Мне кажется, не стоит ожидать, что психотерапевты достигнут общей научной точки зрения относительно того, следует ли менять людей и что именно и как следует менять. Вместе с тем, важно, что у нас есть такие люди, как д-р Лазарус, которые стремятся

найти такую точку зрения, хотя в процессе поиска им и приходится сталкиваться с многочисленными разочарованиями.

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

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

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

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

Америке было как минимум 6 тысяч больных с таким диагнозом (Ross & Wozney, 1989).

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

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

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

Случай, описанный д-ром Лазарусом — классический. Человек находится в состоянии паники, боясь умереть от инфаркта, тогда как с его сердцем все в порядке. Он говорит, что ничего не мо-



жет с собой поделаться — это непроизвольный страх. Поэтому уверения в том, что его сердце работает нормально, проблемы не решают. Независимо от количества обследовавших его и сделавших положительное заключение врачей, он продолжает паниковать по поводу своего сердца.

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

1. Можно считать, что успех психотерапии определяется личностью психотерапевта, или, как говорит д-р Лазарус, правильными терапевтическими отношениями. Противоположная точка зрения такова, психотерапевт должен точно знать, что и как делать, чтобы справиться с подобной сердечной проблемой.

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

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

4. Некоторые считают, что для того, чтобы произошли изменения в личности клиента, ему самому необходимо понять, что стоит за его проблемой, причем понять это в соответствии с теорией, которой придерживается его психотерапевт. Другая точка

зрения: изменения могут производиться психотерапевтом, которому нет нужды обучать клиента; на самом деле изменения могут происходить, даже если клиент этого не осознает. Другими словами, некоторые психотерапевты убеждены, что им следует делиться с клиентом своими знаниями о механизме психотерапии и о применяемых ими техниках. Другие полагают, что построение психотерапевтического процесса — дело только психотерапевта.

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

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

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

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

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

## Литература

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

## **Дональд Мейхенбаум ЭВОЛЮЦИЯ КОГНИТИВНО- БИХЕВИОРАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ: ЕЕ ИСТОКИ, ПРИНЦИПЫ И ПРИМЕРЫ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ**

*Дональд Мейхенбаум получил степень доктора философии в университете штата Иллинойс (США) в 1966 году. Сейчас он профессор психологии в университете Ватерлоо (Канада). Д-р Мейхенбаум является соредактором журнала “Исследования в области когнитивной терапии” и реактором серии публикаций по проблемам стресса. Он также входит в состав редколлегии многих журналов. Совет Канады вручил Мейхенбауму награду имени Исаака Киллама. Дональд Мейхенбаум — автор шести книг и многочисленных статей, в основном посвященных когнитивно-бихевиоральной модификации и проблемам стресса. Д-р Мейхенбаум в своем выступлении освещает историю когнитивно-бихевиоральной терапии, рассказывает о ее теории и указывает на возможные области ее применения. Когнитивно-бихевиоральная модификация — это попытка объединить клинические задачи динамической психологии и системные подходы с техниками бихевиоральной терапии.*

С самого своего возникновения в начале 70-х когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ) и когнитивно-бихевиоральная модификация (КБМ) стремились к интеграции клинических задач психодинамики и системной психотерапии с бихевиоральными техниками. Все эти направления внесли свой вклад в общий процесс психотерапевтической интеграции. Я кратко расскажу об истоках КБТ, некоторых ее принципах и теоретических построениях. Я, конечно, не смогу сейчас предоставить вам полноценный эмпирический обзор, но в списке литературы есть источники, из которых можно почерпнуть более полную информацию.

Кроме того, я познакомлю вас моим видением интегративного потенциала КБТ.

## **Истоки когнитивно-бихевиоральной терапии**

Относительно любого направления психотерапии трудно точно сказать, кто и когда стал его родоначальником. Так же, как и большинство видов психотерапии, когнитивно-бихевиоральная терапия возникла в результате эволюции. Вот некоторые факторы, подтолкнувшие зарождение КБТ:

1. Рост неудовлетворенности как эмпирическими, так и теоретическими основаниями строго бихевиорального подхода (см., например: Breger & McGaugh, 1965; Brewer, 1974; McKeachie, 1974). Упомянутые авторы ставили под вопрос адекватность теоретических объяснений возникновения психических патологий и поведенческих изменений. Тревожным сигналом была и *ограниченность* улучшений, происходивших в результате использования бихевиоральных методов (см. Meichenbaum, 1977).

2. Работы в области теории социального научения (Rotter, 1966; Bandura, 1974; Mischel, 1975; Kanfer and Phillips, (1970) подчеркивали важность опосредованных процессов саморегуляции. Кратко говоря, мыслям и чувствам пациента стала приписываться основная роль в процессе осуществления поведенческих изменений. Выяснилось, что индивид не только реагирует на окружающее, но и участвует в его создании. Это было особо подчеркнуто Ричардом Лазарусом (Richard Lazarus, 1966) в его трансактной модели стресса, где выделяется роль первичных и вторичных процессов оценки, влияющих на приспособление человека.

3. Как показал Виктор Рэйми (Raimy, 1975), психотерапевты, занимавшиеся смысловой терапией, от Дюбуа до Джорджа Келли, заложили основы КБТ. В частности, работы Альберта Эллиса, Арнольда Лазаруса, Аарона Бека и их коллег предоставили теоретическую базу для развития КБТ. Как мы увидим, более поздние теоретические и клинические разработки в области КБТ поставили под сомнение адекватность их директивного, оспаривающего и рационалистического подхода. Однако с исторической точки зрения они сделали существенный вклад в развитие КБТ.

4. И, наконец, КБТ сформировалась, по выражению Дембера (Dember, 1974), посреди “когнитивной революции”. Может быть, более точным было бы сказать, что КБТ явилась частью “когнитивной эволюции”. Работы таких когнитивных психологов, как Круглянский (Kruglansky, 1980, 1990), Мандлер (Mandler, 1975), Нисбетт и Росс (Nisbett & Ross, 1980), Саймон (Simon, 1957), Тверский и Канеман (Tversky & Kahneman, 1974) предоставили теоретические основания для дальнейшего развития КБТ. До некоторой степени повлияли на развитие КБТ, в особенности детской, работы советского психолога Льва Выготского (Vygotsky, 1978) и его ученика А. Лурия (Luria, 1976). Эти авторы считали, что ребенок социализируется посредством интериоризации межличностной коммуникации и превращения ее во внутреннюю речь. Предложенные ими модели социализации и интериоризации стали теоретической базой для развития детской когнитивно-бихевиоральной модификации.

Исторический контекст, в котором формировалась КБТ, подробнее рассматривается в работах Махони (Mahoney, 1974) и Мейхенбаума (Meichenbaum, 1977).

## **Отношение к когнитивно-бихевиоральной терапии**

Новый подход во многих случаях не вызывал поддержки, особенно со стороны бихевиористов. “Когнитивщиков” обозвали “недовольными”. Бихевиористы старались исключить тех, кто занимался когнитивно-бихевиоральными исследованиями, из состава участников конференций Ассоциации развития бихевиоральной терапии (ААВТ), ее редколлегий и даже из самой Ассоциации.

Конечно, эти события не были столь же увлекательными для наблюдателя, как венский скандал между Фрейдом и Юнгом, но они по-своему продемонстрировали, кто есть кто. Все как у наших клиентов: бал правят страсти, а не разум или факты. Ответным ходом представителей когнитивно-бихевиорального лагеря стало создание в марте 1977 года журнала “Исследования в области когнитивной терапии”, главным редактором которого стал Майкл Махони, а соредакторами — Аарон Бек, Марви Голдфрид и Мейхенбаум. “Недовольные” построили себе площадку для обсуждения и оценки достижений КБТ.

За время, прошедшее с момента основания КБТ, она превратилась в одну из самых распространенных форм психотерапии. Далее я предложу вашему вниманию ее модель.

## **Развивающаяся модель**

В когнитивно-бихевиоральную терапию входят многочисленные техники, среди которых когнитивное реструктурирование, решение проблем, тренинг управления тревожностью, тренинг устойчивости к стрессу и тренинг самоинструктирования (Mahoney & Arnkoff, 1978). Каждый когнитивно-бихевиоральный психотерапевт имеет свой особый “уклон”. Вот лишь неполный список людей, внесших в КБТ свой вклад: Арнкофф, Бауком, Бек, Гласс, Голдфрид, Гольдштейн, Гуидано, Деффенбахер, Джекобсон, Драйден, Д’Зурилла, Кендалл, Крейгхед, Линехан, Лиотти, Марлатт, Махони, Мейхенбаум, Новако, Падески, Персонс, Раш, Робин, Сафран, Сегал, Суинн, Терк, Уилсон, Фoa, Фостер, Фриман, Холлон, Хоутон, Чамблесс, Шоу, Эллис, Эмери, Эпштейн. Сейчас, конечно, у меня нет возможности коснуться всех сходств и различий в подходах этих уважаемых ученых, поэтому я рассмотрю лишь основные теоретические принципы КБТ, или когнитивно-бихевиоральной модификации, и сделаю это со своей собственной точки зрения.

## **Основные принципы**

1. Поведение клиента, с одной стороны, и его мысли, чувства, психологические процессы и их следствия — с другой — оказывают друг на друга взаимное влияние. Как сказал Бандура (Bandura, 1978), поведение “двусторонне детерминировано”. Теория КБТ гласит, что когнитивное *не является* первоисточником или причиной неадаптированного поведения. Мысли клиента в такой же степени влияют на его чувства, как чувства — на мысли. КБТ рассматривает мыслительные процессы и эмоции как две стороны одной медали. Мыслительные процессы — лишь звено, часто даже не основное — в цепи причин. Например, когда психотерапевт пытается определить вероятность рецидива униполярной депрессии, он может сделать более точное предсказание, если поймет,

насколько критичен супруг клиента, вместо того, чтобы опираться на когнитивные показатели (Hooley et al., 1986).

2. Когнитивное может рассматриваться как совокупность когнитивных событий, когнитивных процессов и когнитивных структур. Термин “*когнитивные события*” относится к автоматическим мыслям, внутреннему диалогу и образам. Хочу отметить, что это не означает, что человек постоянно ведет разговор с самим собой. Скорее можно сказать, что поведение человека в большинстве случаев неосмысленно, автоматически. Абельсон (Abelson, 1976), Лангер (Langer, 1978) и Торнгейт (Thorngate, 1976) говорят, что оно идет “по сценарию”. Но бывают случаи, в которых автоматизм прерывается, когда человеку необходимо принять решение в условиях неопределенности; в этих-то случаях и “включается” внутренняя речь. В когнитивно-бихевиоральной теории считается, что ее содержание может оказывать влияние на чувства и поведение человека. Но, как уже было сказано, то, как человек чувствует, ведет себя и взаимодействует с окружающими, также может существенно влиять на его мысли.

В соответствии с теорией КБТ, когнитивные причины (так называемые “иррациональные” убеждения, когнитивные ошибки или особые мысли) не вызывают эмоциональных расстройств или неадаптивного поведения. Такой взгляд скорее считается упрощением, не соответствующим научным данным. Когнитивное — лишь часть сложной системы взаимодействующих процессов.

Когнитивные события представляют собой только одну сторону совокупности когнитивного. Существуют еще и *когнитивные процессы*. Социальная, когнитивная и возрастная психология много сделали для описания когнитивных процессов, в частности, ошибки подтверждения, эвристического мышления и метакогниций. (Более полное описание этих когнитивных процессов можно найти в следующих источниках: Meichenbaum & Gilmore, 1984; Hollon & Kriss, 1984; Taylor & Crocker, 1981)).

Если говорить кратко, *ошибка подтверждения* имеет место в тех случаях, когда человек строго придерживается определенных взглядов на самого себя и на окружающий его мир, редко обращая внимания на факты, опровергающие правоту этих взглядов. *Эвристическое мышление* — это использование “привычного мышления” в случаях, когда необходимо принять решения в условиях неопределенности (например, описанное Тверским и Канеманом (Tversky



& Kahneman, 1977) эвристическое мышление по принципу доступности и по принципу репрезентативности). Более того, эмоциональное состояние человека (например, депрессия, тревожность и т.д.) может повлиять на конкретные эвристические примеры из прошлого и по-своему их окрасить. Человек не просто реагирует на события, он опирается на разные готовые примеры из прошлого, в зависимости от своего настроения в данный момент. Таким образом, эмоции клиента влияют на то, какую информацию он выберет в качестве руководства к действию, какие сделает выводы и какие объяснения своему поведению предложит.

*Метакогниции* — это процессы саморегуляции и их обдумывание. Психотерапевт помогает клиенту развить в себе способность “замечать”, “схватывать”, “прерывать” и “отслеживать” свои мысли, чувства и поведение. Кроме того, психотерапевт должен убедиться в том, что при положительных изменениях в своем поведении, клиент отдает себе отчет в том, что он сам их осуществил.

И, наконец, КБТ подчеркивает ведущую роль *когнитивных структур* или *схем*. Исходно большая значимость приписывалась когнитивным событиям, но постепенно акцент переместился на схемы, концепция которых, как заметил Бартлетт (Bartlett, 1932), была позаимствована из теории обработки информации. Схемы — это когнитивная репрезентация прошлого опыта, оказывающая влияние на восприятие опыта сегодняшнего и помогающая систематизировать новую информацию (Goldfried, 1988; Neimeyer & Feixas, 1990). Сафран и Сегал (Safran & Segal, 1990) говорят, что схемы более всего похожи на негласные правила, организующие и направляющие информацию, касающиеся личности самого человека. Схемы влияют на процессы оценки событий и процессы приспособления (Meichenbaum, 1977).

3. В силу такой важности схем основной задачей когнитивно-бихевиорального психотерапевта является помощь клиентам в понимании того, как они строят и истолковывают реальность. В этом отношении КБТ работает в конструктивистском ключе.

Психотерапевт также помогает клиентам увидеть, как они непреднамеренно отбирают из информационного потока только то, что подтверждает уже существующие у них представления о самих себе и об окружающем мире. Когнитивно-бихевиоральная теория поддерживает интерактивное представление о поведении (Coyne & Gotlib, 1983; Kiesler, 1982; Wachtel, 1982). Например, люди с хронической депрессией часто ведут себя так, что от них отгора-

чиваются окружающие, и это лишний раз подтверждает сформировавшуюся у них убежденность в своей отверженности и показывает, что их страх одиночества имеет под собой почву. Поэтому когда больной депрессией утверждает, что его “никто не любит”, это скорее точное описание, чем когнитивное искажение. Однако при этом он не понимает того, что сам невольно вызвал такое отношение к себе. Задачей психотерапевта в таком случае является помочь клиенту разорвать порочный круг.

Поскольку КБТ стоит на конструктивистских позициях, она не считает, что существует “единственная реальность” или что задачей психотерапевта является обучить клиента или исправить его неправильные представления (такие, как ошибки мышления или иррациональные мысли). Скорее, КБТ признает существование “множественных реальностей”, как в фильме Куросавы “Расемон”. Общая задача клиента и психотерапевта состоит в том, чтобы понять, как клиент создает эти реальности и какой ценой он за это расплачивается. Более того, необходимо ответить на вопрос: хочет ли он платить своими эмоциями и отношениями с другими людьми? Что он теряет, продолжая придерживаться своих взглядов на самого себя и на мир? На эти вопросы отвечают не абстрактно, но экспериментируя с эмоциями во время психотерапевтических сеансов, создавая то, что Александер и Френч называли “корректирующим эмоциональным опытом” (Alexander & French, 1946).

Вместе с клиентом рассматриваются возможности изменения личностных построений и поведения. Кроме того, во время сеансов большое внимание уделяется рассмотрению препятствий, которые могут встать на пути изменений.

4. У сегодняшнего варианта КБТ есть разногласия с психотерапевтическими подходами, стоящими на позициях рационализма и объективизма. Как заметили Неймейер (Neimeyer, 1985) и Махони (Mahoney, 1988) при рационалистическом подходе клиент должен отслеживать и корректировать “неправильные” или “иррациональные” убеждения. Психотерапевт помогает ему выработать более правильный и объективный взгляд на реальность при помощи логического оспаривания, инструкций и сбора эмпирических доказательств, подвергающих неверные убеждения клиента проверке реальностью.

В противоположность этому, КБТ, будучи феноменологически ориентированной отраслью психотерапии, старается исследо-

вать мировоззрение клиента при помощи недирективных рефлексивных методов. Психотерапевт пытается посмотреть на мир глазами клиента, вместо того чтобы оспаривать или подвергать интерпретации его мысли. Основной способ достижения этой цели таков: психотерапевт “выбирает” из речи клиента ключевые слова и фразы и повторяет их с вопросительной интонацией, но не искажая смысла. Психотерапевт также может использовать полученную от клиента информацию о его прошлом и поведение во время психотерапевтических сеансов для того, чтобы помочь клиенту разобраться в своих чувствах.

5. КБТ придает большое значение процессам *сотрудничества* и *открытия*. Показателем хорошей работы психотерапевта является ситуация, когда клиент раньше него успевает предложить вариант ответа на какой-либо вопрос. Психотерапевт помогает клиенту собрать информацию (например, об изменениях проблемы в зависимости от ситуации), а затем спрашивает, что можно было сделать по-другому. Если клиент говорит: “Я не знаю”, — психотерапевт вторит ему: “Я тоже не знаю. Давайте подумаем, как можно узнать”. Говоря “мы”, привлекая клиента к сотрудничеству, психотерапевт как бы предлагает клиенту разделить ответственность, давая ему силы самому работать над своей проблемой. Цель КБТ — помочь клиенту стать своим собственным психотерапевтом. Для того чтобы достичь этой цели, психотерапевт не должен быть дидактичным. При такой позиции психотерапевта клиент начинает экспериментировать со своими убеждениями, мнениями и предположениями, проверяя их правильность, постепенно переходя к экспериментам с новыми видами поведения. Некоторым пациентам нужен развернутый поведенческий тренинг (например, моделирование, репетиции, ролевые игры), прежде чем они смогут перейти к таким экспериментам.

6. Чрезвычайно важным для КБТ является *предотвращение рецидивов*. Его важность была исходно подчеркнута Марлаттом и Гордоном (Marlatt & Gordon, 1985) при работе с алкоголиками и наркоманами, однако предотвращению рецидивов придается большое значение в КБТ в целом. Психотерапевты вместе с клиентами рассматривают ситуации повышенной степени риска, в которых может произойти рецидив, а также разбирают мысли и чувства клиента, могущие привести к срыву. С ними также производится работа во время психотерапевтических сеансов (например, см.: Meichenbaum, 1985). Когнитивно-бихевиоральные терапевты

считают, что клиенты, как ученые, учатся на ошибках и неудачах. Без неудач не было бы движения вперед. Кратко говоря, психотерапевты помогают клиентам посмотреть на неудачи и разочарования как на уроки и испытания, а не как на катастрофы. Когнитивно-бихевиоральный психотерапевт служит проводником надежды, борясь с упадническим настроением и безнадежностью, беспомощностью и уязвимостью, с которыми клиенты к нему приходят (Frank, 1974). Он может даже сказать клиенту, что симптомы — это хороший знак, показывающий, что у клиента все в порядке с чувствами: “Принимая во внимание все, что Вам пришлось пережить, я не удивляюсь, что Вы подавлены (встревожены, разъярены). Я встревожился бы, если бы это было не так”. Другими словами, для процесса изменения поведения существенно не то, что клиент подавлен, тревожен или разъярен (все это — нормальные реакции на превратности жизни), а скорее то, как он относится к этим эмоциональным реакциям. В когнитивно-бихевиоральной терапии используется весь спектр приемов когнитивного реструктурирования: социальное сравнение, парадоксальные техники, рефрейминг и т.д.

7. Все эти техники эффективны только в контексте отношений сотрудничества. Отношения, сложившиеся между клиентом и психотерапевтом, чрезвычайно важны для достижения положительных результатов. Сафран и Сегал (Safran & Segal, 1990) недавно сделали обзор литературы, в которой рассматриваются различные переменные, оказывающие влияние на результат психотерапии, и убедительно доказали, что отношения в процессе психотерапии оказывают гораздо большее влияние на ее результат, чем специальные технические факторы (соотношение 45% к 15%). Когнитивно-бихевиоральные психотерапевты уделяют много внимания установлению и поддержанию отношений сотрудничества с клиентом. Для них очень важно, чтобы во время сеансов существовала атмосфера теплоты, эмпатии, эмоционального “созвучия”, принятия и доверительности. Психотерапевтические отношения в идеале — образец для построения отношений вне кабинета психотерапевта. Отношения с психотерапевтом дают клиенту мужество меняться. Более того, как отмечают Мейхенбаум и Терк (Meichenbaum & Turk, 1987), такие отношения становятся важным фактором, помогающим преодолеть сопротивление клиента. Это чрезвычайно важно, поскольку в соответствии с имеющимися данными 70% пациентов отказываются от психотерапии после 4-го сеанса (Phil-

lips, 1986). Как заметили Сафран и Сегал (Safran & Segal, 1990, p. 35), КБТ признает “нерасторжимость связи между психотерапевтическими техниками, личными качествами психотерапевта и его отношениями с клиентом.

Очень часто психотерапия становится слишком дидактичной, больше напоминая элементарную логику. При таком подходе у клиента нет возможности понять свой взгляд на вещи и поэкспериментировать с новым отношением к ним, попробовать создать другое представление о реальности и обдумать его возможные последствия. Сотрудничество же в процессе психотерапии дает клиентам мужество предпринять подобные личностные и поведенческие эксперименты. Часто изменение отношения к самому себе становится результатом поведенческих изменений и их следствий.

8. Все это связано с большим эмоциональным напряжением. Эмоции играют в КБТ очень важную роль. По мнению Гринберга и Сафрана (Greenberg & Safran, 1986), эмоциям в психотерапии часто уделяют слишком мало внимания. КБТ же считает, что эмоции чрезвычайно важны для понимания когнитивных структур и схем клиентов. Так же, как Фрейд считал эмоции “королевской дорогой к бессознательному”, мы считаем эмоции “королевской дорогой” к личностным схемам.

Существует множество способов “достучаться” до эмоций клиента; здесь мы коснемся лишь использования переноса. В общении с психотерапевтом клиенты часто используют эмоциональные образцы, сформировавшиеся в общении со значимыми людьми в прошлом. Психотерапевт как участник-наблюдатель этих отношений обсуждает их с клиентом. Здесь единицей анализа становятся не автоматические мысли или способ мышления, а манера, в которой пациент взаимодействует с психотерапевтом. Психотерапевт вместе с клиентом исследует как возникающие в процессе психотерапии эмоции, так и разнообразные факторы, приведшие к сегодняшним эмоциональным проблемам. В двух словах: КБТ помогает клиенту осмыслить его поведение. В результате клиент начинает понимать, что он не сошел с ума, что его убеждения не являются патологическими, как говорят некоторые теоретики (Weiss & Sampson, 1986). Мы стараемся привести клиента к осознанию того, что наличие у него определенных убеждений вполне объяснимо в силу того, что ему пришлось пережить, но что на данный момент эти убеждения, будучи перенесенными на новые

жизненные обстоятельства, превратились в помеху на пути к достижению его целей. Как говорят психотерапевты системной ориентации, решения проблем, находимые клиентом, часто сами являются частью проблем.

КБТ считает, что осмысление происходящего клиентом должно оцениваться не с точки зрения его правильности, а с точки зрения его *пригодности* с учетом обстоятельств. Неймейер и Фейксас (Neimeyer & Feixas, 1990) заметили, что при конструктивистском подходе пригодность системы смыслов для адаптации интересует психотерапевта больше, чем ее правильность. Тейлор и Браун (Taylor & Brown, 1988) обнаружили, что мотивированное мышление (приверженность иллюзиям, отрицание существования проблемы, позитивный взгляд на себя и на окружающее) часто является адаптивным. Это кажется верным и по отношению к иллюзорным убеждениям, которые не выливаются в важные действия. Там, где бездействие не приносит вреда, мотивированное мышление может иметь адаптивный характер (Kunda, 1990).

В когнитивно-бихевиоральной терапии не принято напролом атаковать убеждения клиента, поскольку это может привести к “застреванию” на них (Kruglansky, 1990). Психотерапевт, который хочет помочь клиенту изменить убеждения, должен идти “окольными путями”. Есть разные способы сделать эмоционально окрашенные убеждения открытыми для перемен: можно сделать клиента своим соратником, уменьшить его защитные реакции, а можно показать ему его убеждения в преувеличенном виде, чтобы получить его реакцию. Процесс изменений обычно бывает насыщен “горячими” когнициями (Zajonc & Markus, 1984). “Холодные” когниции — предоставление информации, оспаривание, логика — редко помогают изменить убеждения, которых клиент упорно придерживается, и сопровождающее их поведение (Meichenbaum & Turk, 1987).

9. В последнее время когнитивно-бихевиоральные психотерапевты большое значение стали придавать работе с семьями. Работы Баукома и Эпштейна (Baucum & Epstein, 1990), Джекобсона (Jacobson, 1987), Робина и Фостера (Robin & Foster, 1989) и других ученых иллюстрируют влияние, которое психотерапевты системной ориентации оказали на КБТ. Единицей анализа в КБТ в настоящее время являются примеры отношений в семье и общие для членов семьи системы убеждений. Более того, КБТ также заин-

тересовалась тем, как принадлежность к определенным социальным и культурным группам влияет на системы убеждений и поведение клиента. Например, тренинг устойчивости к стрессам теперь может проводиться для целых групп и организаций (Meichenbaum, 1985).

И, наконец, КБТ с успехом может применяться вне психотерапевтических кабинетов, как для лечения, так и в профилактических целях. Она уже использовалась при работе с должностными лицами, медсестрами, офицерами, преподавателями, директорами школ и другими группами (Meichenbaum & Jaremkо, 1983). Одна из наиболее интересных попыток “поделиться” КБТ была предпринята Барбарой Васик и ее коллегами (Wasik, 1990), которые в Университете штата Северная Каролина обучили группу социальных работников использованию этого вида психотерапии при работе с одинокими матерями недоношенных младенцев на дому. Я сам в данный момент занимаюсь подготовкой учителей и врачей к основанной на принципах КБТ работе с детьми и подростками (от 6 до 16 лет), страдающими эмоциональными нарушениями, а также с их семьями.

## **Резюме**

Подводя итоги, можно сказать, что КБТ за время, прошедшее с ее основания, превратилась во влиятельную психотерапевтическую модель, как в теоретическом, так и в практическом плане. Впечатляют результаты применения КБТ при работе с пациентами, страдающими униполярной депрессией (Hollon & Najavits, 1988), повышенной тревожностью (Barlow & Cerny, 1988), проблемами с проявлениями гнева (Novaco, 1975), а также с семьями, в которых существуют эмоциональные проблемы (Baucom & Epstein, 190), пациентами, страдающими сильными болями (Turk et al., 1983), алкоголиками и наркоманами (Marlatt & Gordon, 1985) и другими клиническими группами. Недавно КБТ обратила свое внимание и на 2-ю группу психиатрических пациентов (Beck et al., 1990) — на тех, кто находится в пограничном состоянии и у кого наблюдаются нарциссизм и антисоциальное поведение. Ясно, что с ними потребуются более кропотливая и долгая работа, чем с пациентами, входящими в первую группу.

Итак, основным в КБТ является следующее:

- 1) конструктивистская и интерактивная точки зрения;
- 2) важность схем;
- 3) ведущая роль эмоций;
- 4) значение психотерапевтических отношений, в особенности отношений сотрудничества;
- 5) роль прошлого, семейное и социокультурное влияние;
- 6) необходимость учета фактора переноса (а также контрпереноса);
- 7) обучение клиентов навыкам предупреждения рецидивов;
- 8) использование обучающей модели КБТ при работе с людьми смежных профессий.

Следуя этим направлениям, мы сможем способствовать интеграции в психотерапии. Возможно, появляющаяся сейчас система психотерапевтических принципов поможет навести порядок в Вавилоне нынешней психотерапии. Думаю, что КБТ могла бы в существенной степени помочь процессу интеграции.

## Литература

- Abelson, R.P. (1976). *Script processing in attitude information and decision making*. In J. Carroll and J. Payne (Eds.), *Cognition and social behavior*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Alexander, F., & French, T. (1946). *Psychoanalytic therapy: Principles and Applications*. New York: Ronald Press.
- Bandura, A. (1978). The self-system in reciprocal determinism. *American psychologist*, 33, 344—358.
- Barlow, D., & Cerny, J. (1988). *Psychological treatment of panic*. New York: Guilford Press.
- Bartlett, F. (1932). *Remembering*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Baucom, D., & Epstein, N. (1990). *Cognitive-behavioral marital therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Beck, A.T., Freeman, A., et al. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Breger, L., & McGaugh, J. (1965). Critique and reformulation of “learning theory”: Approaches to psychotherapy and neurosis. *Psychological Bulletin*, 63, 338—358.
- Brewer, W. (1974). There is no convincing evidence for operant and classical conditioning in adult humans. In W. Weimar & D. Palermo (Eds.), *Cognition and the symbolic processes*. New York: Halsted Press.



- Coyne, J.C., & Gotlib, I.H. (1983). The role of cognition in depression: A critical appraisal. *Psychological Bulletin*, 94, 472—505.
- Dember, W. (1974). Motivation and the cognitive revolution. *American Psychologist*, 29, 161—168.
- Frank, J. (1974). *Persuasion and healing*. New York: Schocken.
- Goldfried, M. (1988). Personal construct therapy and other theoretical orientations. *International Journal of Personal Construct Therapy*, 1, 317—327.
- Greenberg, L., & Safran, J. (1986). *Emotion in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Guidano, V.F., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford Press.
- Hollon, S., & Kriss, M. (1984). Cognitive factors in clinical research and practice. *Clinical Psychology Review*, 4, 35—76.
- Hollon, S., & Najavits, L. (1988). Review of empirical studies on cognitive therapy. In A.J. Frances & R. Hales (Eds.), *Review of Psychiatry*, 7, 643—647.
- Hooley, J., Orley, J., & Teasdale, J. (1986). Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 148, 642—647.
- Jacobson, N.S. (1987). *Cognitive and behavior therapist in clinical practice*. New York: Guilford Press.
- Kanfer, F., & Phillips, J. (1970). *Learning foundations of behavior therapy*. New York: Wiley.
- Kiesler, D.J. (1982). Interpersonal theory for personality and psychotherapy. In J.C. Anchin & D.J. Kiesler (Eds.), *Handbook of interpersonal psychotherapy*. Elmsford, NY: Pergamon.
- Kruglansky, A.W. (1980). Lay epistemology process and contents. *Psychological review*, 87, 70—87.
- Kruglansky, A. (1990). Lay epistemic theory in social-cognitive psychology. *Psychological Inquiry*, 1, 181—197.
- Kunda, Z. (1990). The case for motivated reasoning. *Psychological Bulletin*, 108, 480—498.
- Langer, E. (1978). Rethinking the role of thought in social interaction. In J. Harvey, W. Ickes, & R. Kiehl (Eds.), *New directions in attribution research*, Vol. 2. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Lazarus, R. (1981). The stress and coping paradigm. In C. Eisdarfer (Ed.), *Models for clinical psychopathology*. New York: Spectrum.
- Luria, A.R. (1976). *Cognitive development: Its cultural and social foundations*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mahoney, M. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge, MA: Ballinger.
- Mahoney, M. (1988). Constructive metatheory: Implications for psychotherapy. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1, 299—315.
- Mahoney, M., & Arnkoff, D. (1978). Cognitive and self-control therapies. In S. Garfield & A. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Mandler, G. (1975). *Mind and emotion*. New York: Wiley.
- Marlatt, A., & Gordon, J. (1985). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press.
- McKeachie, W. (1974). The decline and fall of the laws of learning. *Educational Researcher*, 3, 7—11.

- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum.
- Meichenbaum, D. (1985). *Stress inoculation training*. New York: Plenum.
- Meichenbaum, D., & Gilmore, J. (1984). The nature of unconscious processes: A cognitive behavioral perspective. In K. Bowers & D. Meichenbaum (Eds.), *The unconscious reconsidered*. New York: Wiley.
- Meichenbaum, D., & Yaremko, M. (1983). *Stress reduction and prevention*. New York: Plenum.
- Meichenbaum, D., & Turk, D. (1987). *Facilitating treatment adherence: A practitioner's guidebook*. New York: Plenum.
- Mischel, W. (1975). The self as the person: A cognitive social learning view. In A. Wandersman (Ed.), *Behavioristic and humanistic approaches to personality change*. New York: Pergamon.
- Neimeyer, R.A. (1985). Personal constructs in clinical practice. In P. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive behavioral research and therapy*. New York: Academic.
- Neimeyer, R., Feixas, G. (1990). Constructivist contributions to psychotherapy integration. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 9, 4—20.
- Nisbett, R., & Ross, L. (1980). *Human inference: Strategies and shortcomings of social judgment*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Novaco, R. (1975). *Anger control*. Lexington, MA: D.C. Heath
- Phillips, E.L. (1986). Are theories of psychotherapy possible? Paper presented at the Fifth Cognitive Behavior Therapy Conference, Clearwater Beach, FL.
- Raimy, V. (1975). *Misunderstanding of the self: Cognitive Psychotherapy and the misconception hypothesis*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Robin, A., & Foster, S. (1989). *Negotiating parent-adolescent conflict*. New York: Guilford Press.
- Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80.
- Safran, J., & Segal, Z. (1990). *Interpersonal processes in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- Simon, H. (1957). *Models of man: Social and rational*. New York: Wiley.
- Taylor, S.E., & Brown, J. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 193—210.
- Taylor, S.E., & Crocker, J. (1981). Schematic basics of social information processing. In E. Higgins, C. Herman, & M. Zanna (Eds.), *Social cognition: The Ontario Symposium*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Thorngate, W. (1976). Must we always think before we act? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 2, 31—35.
- Turk, D., Meichenbaum, D., & Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine*. New York: Guilford Press.
- Turk, D., & Salovey, P. (1985). Cognitive structures, cognitive processes and cognitive behavior modification. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 1—35.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. *Science*, 185, 1124—1131.
- Vygotsky, L.S. (1978). *Mind in Society: The development of higher psychological processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Wachtel, P. (1982). What can dynamic therapies contribute to behavior therapy? *Behavior therapy*, 13, 594—609.

Wasik, B.H., Bryant, D. M., & Lyons, C. M. (1990). *Home visiting: Procedures for helping families*. New York: Sage.

Weiss, J., Sampson, H., & the Mount Zion Psychotherapy Research Group. (1986). *The psychoanalytic process*. New York: Guilford Press.

Zajonc, R., & Markus, H. (1984). Affect and cognition: The hard interface. In C. Izard, J. Kagan, & R. Zajonc (Eds.), *Emotions, cognition and behavior*. Cambridge, England: Cambridge University Press.

## *Комментарий Альберта Эллиса*

В целом я согласен почти со всем, что было сказано Мейхенбаумом. Позже я скажу больше о том, с чем я не согласен. Но для начала я должен заметить, что, к сожалению, он во многом повторяет Майкла Махони, ополчившегося против так называемых “рационалистических” видов когнитивно-бихевиоральной терапии, а ведь к ним относятся и исходная теория самого Дона Мейхенбаума, и теории Тима Бека (Beck, 1976), Арнольда Лазаруса (Lazarus, 1989), Дэвида Бернса (Burns, 1980), и Макси Молтсби (Maultsby, 1984). Однако, если бы сегодня они имели возможность ответить Махони, да и самому Дону, они сказали бы, что не являются рационалистами. В конструктивистской позиции Махони есть и очень правильные положения, и Дон повторяет некоторые из них. Позвольте мне кратко описать конструктивистский подход и показать, что он не является противоположностью РЭТ, поскольку, как я сказал в своей недавно написанной книге (Ellis & Dryden, 1990), РЭТ — это, может быть, самый конструктивистский из всех видов когнитивно-бихевиоральной психотерапии, но, тем не менее, Махони и Мейхенбаум продолжают настаивать на том, что он — “рационалистический”.

Я возьму некоторые положения из выступления Дона, чтобы показать, что РЭТ свойственен конструктивизм. Во-первых, и Дон, и Майк Махони говорят, что конструктивизм предполагает, что люди сами создают (конструируют) — во всяком случае, частично — свои нарушения. Дон и Майк, однако, не дают точного ответа на вопрос, почему так происходит. Они не говорят так ясно, как это делаю я на протяжении многих лет, что люди сами создают свои мыслительные, эмоциональные и поведенческие нарушения, потому что они по природе своей являются конструктивистами. В людях биологически заложено стремление к конструированию — так же, как и стремление к учению. Люди перенимают определенные стандарты от своих родителей и от представителей своей культуры. Я считаю (может быть, ошибочно), что имеющиеся у людей цели и усвоенные ими стандарты практически никогда не являются причиной эмоциональных расстройств. Человек усваивает от родителей определенные цели и стандарты и либо следует им, либо нет. Ни тот, ни другой путь сам по себе обычно к нарушениям не приводит. Даже если человек восстает против стандартов, устанавливаемых его родителями и культурной средой,

и подвергается за это критике, он может сказать себе: “Ну, что ж, я восстал против этого сексуального (финансового и т.д.) стандарта — и потерпел поражение. Я всего лишь несовершеннолетний человек. Может быть, в следующий раз мне лучше подчиниться этому стандарту — или уж жить с последствиями неподчинения”. Так что не стандарты вызывают нарушения. Да, люди чаще всего усваивают цели и правила от своих родителей и из культурной среды, но при этом они во многих случаях сами *создают* — потому что являются людьми с их склонностью к созиданию — жесткие предписания типа “должен” и “обязан”, относительно необходимости следования этим стандартам. Поэтому люди часто говорят себе приблизительно следующее: “Среди представителей нашей культуры считается правильным иметь сексуальные отношения, создавать семьи и рожать детей, и я *должен* это делать. А раз я этого не делаю, значит, я ничтожество!”. Считая, что он *должен* следовать стандартам (в основном стандартам усвоенным), человек создает свои собственные эмоциональные нарушения. Да, именно *создает*, а не просто перенимает. Но людям присуща и другая конструктивная тенденция — думать о том, что они делают, наблюдать, думать о том, что они думают, и *меняться*.

У людей есть две основных конструктивистских тенденции. Первая (*деструктивная*) — считать, что они *должны* хорошо работать, быть любимыми, жить благополучно и стабильно. Вторая биологическая (и социальная) тенденция (*созидательная*) заключается в том, чтобы подвергать сомнению свои дисфункциональные мысли, чувства и поведение. Люди, тем не менее, часто неправильно используют свою созидательную наклонность, и я думаю, что эффективная когнитивно-бихевиоральная терапия, в частности РЭТ, может показать им, как использовать свои созидательные возможности и свести к минимуму деструктивные требования и команды (“должен” и “обязан”).

Таким образом, РЭТ признает влияние личной истории человека на формирование его желаний, целей и ценностей. Но РЭТ также подчеркивает, что нарушения происходят не из-за них, а из-за применяемых к ним требований и команд, из-за убеждения в том, что эти желания, цели и ценности *должны* быть осуществлены. Обычно я иллюстрирую это таким примером: в Соединенных Штатах мальчишки вырастают с любовью к бейсболу, в Англии они стремятся преуспеть в крикете, а в Южной Америке предпочитают футбол. Но во всех этих странах они предъявляют к себе *тре-*

бования: “Я должен стать отличным игроком в бейсбол (крикет, футбол)!” В результате научения они получают лишь желание, а потом сами конструируют требование. Поэтому РЭТ является во многом феноменологическим направлением. РЭТ говорит: “Вы в основном *создаете* свои нарушения. Чаще всего вы *не* усваиваете их от своих родителей. Они передают Вам стандарты и цели, которые вы усваиваете, а затем уже сами превращаете их в требования”. Так же, как теории Махони и Мейхенбаума, РЭТ является феноменологическим и конструктивистским подходом (Ellis, 1958, 1962, 1973, 1988, 1989, 1990; Ellis & Dryden, 1987, 1990, 1991). Представители когнитивно-бихевиоральных видов психотерапии недавно наконец-то признали тот факт, что мышление, эмоции и поведение существенным образом взаимосвязаны между собой. Как я сказал еще 35 лет назад, у людей очень редко бывают “чистые” мысли, чувства или поведение. Позвольте мне повторить то, что я написал в одной из моих первых книг по РЭТ (впервые сказано мною на съезде Американской психологической ассоциации в Чикаго в 1956 году): “Мышление является и, до некоторой степени, необходимо является сенсорным, моторным и эмоциональным поведением... Эмоции, так же, как мышление и сенсомоторные процессы, можно определить как чрезвычайно сложное состояние человеческих реакций, внутренне взаимосвязанное со всеми остальными перцептивными и реактивными процессами. Они не одно и то же, а скорее комбинация и целостная интеграция нескольких, на первый взгляд, очень разных, а на самом деле находящихся в близком родстве феноменов” (Ellis, 1958, p. 35).

Я сказал это впервые в 1956 году и рад, что сейчас и другие когнитивно-бихевиоральные психотерапевты (Мейхенбаум, Гринберг, Сафран) готовы это повторить — при этом полностью игнорируя тот факт, что это уже было произнесено мною много лет назад! Позвольте мне повторить и то, что я сказал в 1953 году, то есть еще до того, как начал заниматься РЭТ. Используя идею 1953 года, позже я написал: “Большую часть того, что мы называем эмоциями, можно другими словами назвать просто-напросто мышлением — предубежденным и сильно кренившимся в сторону оценочности мышлением... Мышление и эмоции настолько сильно взаимосвязаны, что обычно идут рука об руку, являясь взаимопределяющими, и иногда (хотя и не во всех случаях) они становятся по существу одним и тем же — мысль превращается в эмоцию, а эмоция — в мысль” (Ellis, 1958, p. 36).

Мое выступление, сделанное в 1953 году в Университете Миннесоты, было опубликовано в 1956 г. (Ellis, 1956). И сейчас я повторяю: ключевыми для РЭТ являются слова “эмоции”, “память” и “взаимодействие” (Huber & Baruth, 1989). Приятно, конечно, что и другие сейчас приходят к пониманию этого — плохо только, что они безосновательно обвиняют РЭТ в “рационализме” и в приписывании основной роли исключительно эмпирическим и логическим моментам.

Позвольте мне кратко коснуться еще нескольких основных мыслей статьи Дона. Так же, как и он, РЭТ-терапевты уделяют большое внимание схемам и базовым философиям. Мы считаем, что у людей есть базовые философии, а также биосоциальная тенденция создавать и воссоздавать новые схемы и философии. Люди склонны применять эти философии к любым стимулам, включая стимулы, получаемые от родителей. Базовые убеждения рождаются из опыта взаимодействия с окружающим миром, а также *“изнутри”*. Да, люди усваивают родительские и культурные стандарты, цели и предпочтения в силу своей внушаемости. Затем, однако, они часто меняют эти стандарты, делая их претворение в жизнь из желаемого необходимым. Так поступают практически все люди во всем мире. В психотерапии нам важно не только знать, как устроены схемы, являющиеся частью человеческой личности, но и как и почему нормальное функционирование этих схем (желаний, стандартов) нарушается. РЭТ всегда говорила, что люди часто строят свои схемы на основании требований к себе и в разных жизненных ситуациях руководствуются не только тем, что они предпочитают, но и тем, чего они требуют (от себя и от окружающего мира).

РЭТ всегда подчеркивала важную роль эмоций. Люди всегда начинают с цели или *желания* быть счастливыми и благополучными. Это верно практически для всех людей. Затем они сталкиваются с тем, что в РЭТ называется Активизирующими Событиями (А) и что Марти Селигман называет Бедствиями (Seligman, 1991), — то есть с неприятными для них ситуациями. В их Системе Убеждений может существовать рациональное Убеждение (В): “Я *хотел бы*, чтобы этого не произошло. Я *хотел бы* изменить ситуацию” — и, пока А имеет место, они чувствуют уместные печаль и сожаление. Но у людей часто возникают и иррациональные, разрушительные Убеждения (В): “Раз я *хочу* изменить ситуацию, значит, я *должен* это сделать. Я *должен* жить в успехе, любви и благополучии!” В таких случаях они впадают в неуместную панику и депрессию по

поводу неприятной ситуации. Другими словами, они берут “теплые” мысли, например: “Мне нравится этот стол, и я не хотел бы, чтобы ты повредил его, но если ты это сделаешь, моя жизнь от этого не станет плохой”, — и превращают их в “горячие”, например: “Мне так нравится стол, поэтому ты *обязан* не повредить его. Если ты это сделаешь, это будет *ужасно*. Значит, ты *гадкий человек*, заслуживающий смертной казни!”

Люди, придерживающиеся дисфункциональных Убеждений, сопровождающихся неуместными чувствами и поступками, не просто приказывают миру быть таким, каким они хотят его видеть, их приказы часто бывают страстными, эмоциональными, ригидными и непрекращающимися. Поэтому в 1961 году мы с Бобом Харпером заменили исходное название “рациональная терапия” на “рационально-эмотивная терапия”, чтобы подчеркнуть важность когнитивно-эмоционального аспекта невроза, а также силу и горячность, с которой создаются и отстаиваются идеи, являющиеся источником нарушений. Соответственно, РЭТ пользуется не только эмпирическими техниками оспаривания иррациональных Убеждений (**iB**) — ими в основном пользуются Бек (Beck, 1976), Бернс (Burns, 1980), Молтсби (Maultsby, 1984), да и Дон Мейхенбаум применял их в начале своей работы (Meichenbaum, 1977). Они мягко, реалистично и “рационально” развенчивают дисфункциональные идеи клиентов. Но, как Дон сейчас (с некоторым опозданием) начинает понимать, во многих случаях этот метод не приносит положительных результатов.

И все же, в некоторых случаях этот “рациональный” метод работает, и, может быть, книжки из серии “помоги себе сам”, над которыми посмеивается Дон, помогли большему количеству людей, чем все существующие на сегодняшний день виды психотерапии, вместе взятые. Вполне возможно, что большее количество невротиков улучшили свое состояние при помощи таких книг, включая даже Библию, к которой можно относиться неоднозначно, чем при помощи психотерапевтов. Поэтому забавно слышать, что *только* в общении с психотерапевтом человек может получить настоящую помощь — люди могут помогать себе сами (Ellis, 1959; Rogers, 1957).

Как я говорил и в 1953, и в 1956 году, и на этой конференции, мышление, чувство и поведение находятся в постоянном взаимодействии друг с другом, поэтому потенциально эффектив-



ная психотерапия должна исследовать их во взаимосвязи и воздействовать на них в совокупности (Ellis, 1956, 1958, 1991). Приятно, конечно, что Махони и Мейхенбаум наконец-то признали это, но совершенно возмутительны их заявления о том, что РЭТ — пионер в этой области — “рационалистически” игнорирует эмоции!

Я кратко перечислю основные доводы Дона против “рационализма” и покажу, что они абсолютно неприменимы к РЭТ. Думаю, что если бы Аарон Бек был сейчас с нами, он сказал бы, что они неприменимы и к его теории. Исходно Махони обвинял нас троих — меня, Бека и Мейхенбаума, а теперь Дон старается стать более “чистым” конструктивистом, нападая на нас с Беком!

Рационально-эмотивная терапия отводит эмоциям важную роль в психотерапевтическом процессе, поскольку мы считаем, что человеческие цели, стремления и желания являются высокоэмоциональными и мотивирующими. Человек *сильно* и *ярко* (то есть *эмоционально*) переживает их, и часто превращает их в *требования*. Рационально-эмотивная терапия помогает клиентам сохранить (а иногда и приумножить) свои желания и чувства, одновременно стараясь при помощи нескольких когнитивно-эмотивных методов свести к минимуму непомерные требования. Частично это достигается путем логического и эмпирического оспаривания дисфункциональных Убеждений. Главное, РЭТ помогает клиентам научиться мыслить самостоятельно, а не путем “рационального” заучивания, для того чтобы достичь *глубоких мировоззренческих перемен* и выработать новый *метод* мышления, чувствования и поведения, в котором не существует ограничений.

Как и большинство других видов психотерапии, РЭТ считает необходимым сотрудничество между клиентом и психотерапевтом, но это сотрудничество — *обучающее*. И как раз это Дон опустил, а именно тот факт, что для того, чтобы помочь людям измениться, необходимо не только объединить усилия и завоевать их доверие, но и показать им, как они создают разлад в своих душах и как его можно преодолеть. Терапевтическое сотрудничество по Карлу Роджерсу (Rogers, 1961) помогает людям принять себя через принятие их психотерапевтом. Но эта модель принятия себя не является безусловной, поскольку, как признавал сам Роджерс, клиенты обычно принимают себя *постольку, поскольку* их принимает психотерапевт. В РЭТ безусловная модель принятия себя учит клиента принимать себя *независимо* от того, принимает его психоте-

рапевт (или кто бы то ни было) или нет (Bernard, 1986; Ellis, 1973, 1988; Walen, DiGiuseppe, & Wessler, 1980).

На психотерапевтических сеансах мы учим человека не только сотрудничеству с психотерапевтом, но и сотрудничеству с самим собой. Да, он чувствует, что психотерапевт его любит. Прекрасно! Но ему необходимо иметь отношения психотерапевтического сотрудничества с самим собой, чтобы он мог полностью и безусловно принимать себя, независимо от того, что он делает, и независимо от того, любит ли его кто-нибудь еще, включая психотерапевта. Слабость практически всех проведенных на сегодняшний день исследований результатов психотерапевтического воздействия заключается в том, что для них имеет значение лишь то, стал ли человек *чувствовать себя* лучше, а не то, *улучшилось ли его состояние* — об этом я говорил еще 1972 году (Ellis, 1972). Если клиент чувствует себя лучше от того, что он видит одобрение психотерапевта, это обычно означает, что он еще весьма невротизирован. Он все еще убежден: “Я *должен* получать одобрение, и раз Карл Роджерс или Ал Эллис одобряют то, что я делаю, значит, со мной все в порядке!” Но поскольку он очень скоро начинает понимать, что всему остальному миру на него по-прежнему наплевать, он быстро возвращается к своему исходному нездоровому состоянию (Ellis & Dryden, 1991; Yankura & Dryden, 1990). Психотерапевтическое сотрудничество, как его понимаем Карл, Дон и я — это хорошо, но РЭТ, кроме того, старается показать людям, что им не нужно ничье одобрение. Эффективная психотерапия, которая, кстати, может проводиться посредством книг и лекций, способна научить этому. Я хотел бы понаблюдать за экспериментом, в котором с одной группой клиентов проводилась бы персональная роджерианская психотерапия, а другая группа всего лишь читала бы книги Карла Роджерса, в которых описывается *философия* безусловного позитивного отношения. Я предполагаю, что во второй группе лучше обстояло бы дело с выработкой безусловного позитивного принятия себя, чем в первой. И если бы при этом третья группа испытуемых читала и слушала материалы РЭТ, то она, я думаю, добилась бы лучших результатов, чем обе первые. Дон Мейхенбаум говорил о роли развития личности, о мыслительных, семейных и культурных различиях. Все это, конечно, важно. Но все же, как клиенты приходят к своим иррациональным убеждениям? Они не приходят к ним через свою культуру, они *строят их сами*. Да, на них оказывают влияние социальные цели,

стандарты и ценности, но люди *добавляют* к ним нездоровые требования и команды.

А что же относительно необходимости учитывать факторы переноса и контрпереноса? Понятие “перенос” имеет несколько значений. Во-первых, клиенты делают обобщения на основании своего прошлого опыта и на основании своих отношений с психотерапевтом. Это — часть нарушения, которой должно быть уделено внимание в процессе психотерапии. Перенос также означает, что клиент сильно нуждается в отношениях со значимыми для него людьми и, поскольку психотерапевт является значимым для него человеком, завоевание одобрения и поддержки со стороны психотерапевта становится для него потребностью. Психотерапевт может использовать это для того, чтобы привязать к себе клиента, что может иметь как положительный, так и отрицательный результат. В РЭТ мы выявляем и анализируем перенос — как имеющий место в кабинете психотерапевта, так и случающийся в других ситуациях, — и показываем клиенту, как избавиться от явлений нездорового переноса, как прекратить делать излишние обобщения и как перестать *нуждаться в одобрении психотерапевта* (Ellis, 1962, 1973; Ellis & Dryden, 1991).

Дон согласен с Неймейером и Фейксасом (Neimeyer & Feixas, 1990) в том, что “пригодность системы смыслов для адаптации интересует психотерапевта больше, чем ее правильность”. Совершенно верно! Я в течение многих лет пытаюсь объяснить (Ellis, 1962, 1973, 1988, 1990, 1991, 1992; Ellis & Dryden, 1987, 1990, 1991; Ellis & Harper, 1975; Ellis & Whiteley, 1979), что “рациональное” в РЭТ не означает реалистичное, логическое или последовательное; в основном это — полезное для самого человека и социально пригодное. Наша гипотеза заключается в том, что люди *обычно* могут оказать помощь себе и другим, если они реалистично и логично мыслят в терминах предпочтений, а не в терминах долженствований. Однако мы признаем, что “иррациональная” философия (например, философия Полианны) *иногда* может помогать людям жить и быть счастливыми, поэтому РЭТ *в некоторых случаях* использует иррациональные и нереалистичные методы (Ellis, 1989; Young, 1977). Дон подчеркнул важность поведенческого тренинга и тренинга предотвращения рецидивов. РЭТ всегда этим занималась. Мы всегда считали, что люди создают свои нарушения, а избавившись от них, могут воссоздавать их вновь.

Поэтому лишь в редких случаях удается полностью преодолеть нарушение, обычно оно лишь сводится к минимуму. РЭТ старается помочь людям предотвратить создание новых дисфункциональных мыслей, чувств и образцов поведения. Мы стараемся помочь им прийти к *красивому решению проблемы*, то есть увидеть, что им *не необходимо* то, чего они *хотят*, и что неприятности, неудачи и разочарования *не должны исчезнуть* с лица земли. В идеале РЭТ помогает клиентам стать менее подверженными нарушениям (Ellis, 1973, 1988; Ellis & Dryden, 1987, 1990, 1991; Ellis & Whiteley, 1979). Да, мы обучаем клиентов различным навыкам, решению проблем, принятию решений, но главное — мы помогаем им осуществить “изменение базовой философии”, за которым следуют предотвращение рецидивов и перестройка дисфункционального поведения.

Относительно намерения Дона Мейхенбаума расширить сферу применения РЭТ и вывести ее за клинические рамки могу сказать, что РЭТ стала пионером в этом деле уже давно, когда я опубликовал книгу “Как жить с невротиком” (Ellis, 1957). Институт рационально-эмотивной терапии в Нью-Йорке уже много лет обучает специалистов смежных областей применению РЭТ; мы организовали экспериментальную школу для детей; мы обучаем бизнесменов и преподавателей; мы сотрудничаем с крупной организацией “Системы рационального оздоровления” (Rational Recovery Systems); с 1965 года Институт провел 2000 семинаров для широкой публики и предоставил финансирование для многих других проектов неклинического применения РЭТ (Institute, 1991).

Подводя итог, скажу: Дон Мейхенбаум удачно развил свои исходные принципы когнитивно-бихевиоральной терапии, и я искренне согласен с большинством его новых положений. Как я уже успел нескромно заметить, РЭТ была пионером в использовании многих из них. Но он ошибается, считая принципы РЭТ “рационалистическими”, а не “конструктивистскими”. Я уверен, что Арнольд Лазарус согласился бы со мной в том, что его КБТ также не является “рационалистическим” видом психотерапии; я вообще не уверен, что какой-либо из видов КБТ является таковым. Майк Махони (Mahoney, 1991) и Дон Мейхенбаум несколько преувеличивают различия между своим подходом, с одной стороны, и РЭТ и другими видами КБТ — с другой. К счастью, РЭТ на много лет их опередила.

## Литература

- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Bernard, M. (1986). *Staying alive in the irrational world*. Melbourne: Macmillan.
- Burns, D. (1980). *Feeling good*. New York: Morrow.
- Ellis, A. (1956). An operational reformulation of some of the basic principles of psychology and psychoanalysis. *Psychoanalytic Review*, 43, 163—180.
- Ellis, A. (1957). *How to live with a neurotic: At home and at work*. New York: Crown. Rev. Ed., North Hollywood, CA: Wilshire Books, 1975.
- Ellis, A. (1958). Rational psychotherapy. *Journal of General Psychology*, 59, 35—49. Reprinted: New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Ellis, A. (1959). Requisite conditions for basic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 23, 538—540.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion and psychotherapy*. Secaucus, NJ: Citadel.
- Ellis, A. (1972). Helping people get better rather than merely feeling better. *Rational Living*, 1(2), 2—9.
- Ellis, A. (1973). *Humanistic Psychotherapy: The rational-emotive approach*. New York: McGraw-Hill.
- Ellis, A. (1985). *Overcoming resistance: Rational-emotive therapy with difficult clients*. New York: Springer.
- Ellis, A. (1988). *How to stubbornly refuse to make yourself miserable about anything—yes, anything!* Secaucus, NJ: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1989). A rational-constructivist approach to couples and family therapy. In A. Ellis, J.L. Sichel, R.J. Yeager, D.J. DiMattia, & R. DiGiuseppe, *Rational-emotive couples therapy* (pp. 106—119). New York: Pergamon.
- Ellis, A. (1990). Is rational-emotive therapy (RET) “rationalist” or “constructivist.” In A. Ellis, & W. Dryden, *The essential Albert Ellis* (pp. 114—141). New York: Springer.
- Ellis, A. (1991). Achieving self-actualization. In A. Jones & R. Crandall (Eds.), *Handbook of self-actualization*. Corte Madera, CA: Select Press.
- Ellis, A., & Dryden, W. (1987). *The practice of rational-emotive therapy*. New York: Springer.
- Ellis, A., & Dryden, W. (1990). *The essential Albert Ellis*. New York: Springer.
- Ellis, A., & Dryden, W. (1991). *A dialogue with Albert Ellis*. Stony Stratford, England: Open University Press.
- Ellis, A., & Harper, R. A. (1975). *A new guide to rational living*. North Hollywood, CA: Wilshire Books.
- Ellis, A., & Schoenfeld, E. (1990). Divine intervention and the treatment of chemical dependency. *Journal of Substance abuse*, 2, 459—468.
- Ellis, A., Sichel, J., Yeager, R., DiMattia, D., & DiGiuseppe, R., (1989). *Rational-emotive couples therapy*. New York: Pergamon.
- Ellis, A., & Whiteley, J. (1979). *Theoretical and empirical foundations of rational emotive therapy*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Huber, C.H., & Baruth, L.G. (1989). *Rational-emotive and systems family therapy*. New York: Springer.
- Institute for Rational-Emotive Therapy (1991). *Catalogue*. New York: Author.
- Lazarus, A.A. (1980). *Multimodal therapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

- Lazarus, A.A. (1989). *The practice of multimodal therapy: Systematic, comprehensive, and effective psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Mahoney, M.J. (1991). *Human change processes*. New York: Basic Books.
- Maslow, A.H. (1973). *The farther reaches of human nature*. Harmondsworth, England: Penguin.
- Maultsby, M.C., Jr. (1984). *Rational behavior therapy*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification*. New York: Plenum.
- Neimeyer, R., & Feixas, G. (1990). Constructivist contributions to psychotherapy integration. *Journal of integrative and Eclectic Psychotherapy*, 9, 4—20.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of consulting psychology*, 21, 95—103.
- Rogers, C.R. (1961). *Becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Seligman, M. (1991). *Learned optimism*. New York: Knopf.
- Walen, S.R., DiGiuseppe, R., & Wessler, R. L. (1980). *A practitioner's guide to rational-emotive therapy*. New York: Oxford.
- Yankura, J., & Dryden, W. (1990). *Doing RET: Albert Ellis in action*. New York: Springer.
- Young, H. S. (1977). Counseling strategies with working class adolescents. In J.L. Wolfe & E. Brand (Eds.), *Twenty years of rational therapy* (pp. 187—202). New York: Institute for Rational-Emotive therapy.

## Ответ доктора Мейхенбаума

Мои первые воспоминания об Альберте Эллисе связаны с тем временем, когда я только поступил в аспирантуру. Наша первая встреча описана в моей книге “Когнитивно-бихевиоральная модификация” (Meichenbaum, 1977). Уже тогда Ал постоянно поправлял все, что я говорил. Интересно, что за последние 25 лет многое изменилось.

Еще один показатель постоянства Ала заключается в том, как он фанатично отстаивает доктрину РЭТ. В его комментарии есть нечто от Библии. Особенно это проявляется в том, как он отмечает любую критику РЭТ как ошибочную, и в том, что любая новая мысль, оказывается, вовсе не нова, поскольку уже была высказана в более ранних работах по РЭТ. Я согласен с тем, что Ал Эллис много сделал для того, чтобы подчеркнуть роль, которую мышление играет в неадаптированном поведении, но у меня есть и сомнения по поводу места, которое он отводит так называемым “иррациональным убеждениям” в формировании эмоциональных нарушений и неадаптированного поведения.

И Махони (Mahoney, 1991), и я считаем неуместным характеризовать чьи-либо убеждения как “иррациональные”, как будто человек, который это делает, точно знает, что есть рациональное. Должен признаться, иногда мне кажется, что Альберт Эллис считает себя “избранником”, призванным объяснить нам всем, что такое “рациональные убеждения”. Кроме того, используемое Эллисом логическое оспаривание убеждений клиента противоречит его заявлениям о том, что он является “конструктивистом”. Я убежден, что не существует единственной реальности или одной системы убеждений, которые можно было бы охарактеризовать как рациональные или валидные. Скорее, человек постоянно отбирает и приводит в согласие друг с другом элементы своей собственной реальности. Задача психотерапевта — сотрудничать с клиентом в процессе “вылепливания” и воплощения в жизнь этой реальности. И еще — психотерапевт должен вместе с клиентом прогнозировать, какое воздействие на самого клиента и на окружающих окажут такие метафорические построения. Чем придется заплатить за такие взгляды? Хочет ли клиент платить эту цену? Если нет, что нужно изменить? Психотерапевт помогает клиенту достичь его целей. И главное здесь — не “рациональность”, а адаптивность личностных построений. Думаю, Ал уже когда-то об этом говорил.

Еще, думаю, психотерапевтов должно беспокоить то, что логическое оспаривание убеждений может “заморозить” эти убеждения, вместо того чтобы дать клиенту возможность накопить информацию, опровергающую эти убеждения. А ведь именно эту информацию психотерапевт может использовать, чтобы помочь клиенту “разморозить” его взгляды на себя, на будущее, на мир. Я посоветовал бы Алу умерить свой энтузиазм по поводу библиотерапевтических процедур. Многочисленные исследования, проведенные Розеном и нами с целью выяснить полезность самообразования и самопомощи клиентов, показывают, что чтение клиентами клинических материалов приносит весьма несущественные результаты (см. Meichenbaum & Turk, 1987). Например, что могло бы заставить Ала пересмотреть свою приверженность РЭТ? Ясно, что не чтение работ Махони или Мейхенбаума. Так же, как наши пациенты, Ал умеет любую критику превратить в доказательство правильности его исходной позиции относительно РЭТ. Я надеюсь, что Ал будет находиться в добром здравии еще много лет, чтобы

мы могли продолжать этот диалог. Наш мир постоянно меняется. Постоянство Ала вселяет уверенность в том, что есть вещи неизменные!

## **Литература**

- Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes*. New York: Basic Books.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive behavior modification*. New York: Plenum.
- Meichenbaum, D., & Turk, D. (1987). *Facilitating treatment adherence: A practitioner's guidebook*. New York: Plenum.
- .



## СОДЕРЖАНИЕ

Карта — это не территория. <i>Предисловие М.Н. Тимофеевой</i> .....	5
---	---

### Часть 1. ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННАЯ

ТЕРАПИЯ .....	9
Бруно Беттельхейм. Терапевтическая среда. <i>Перевод Е.А. Проценко</i> .....	11
Обсуждение с Р.Д. Лэйнгом. <i>Перевод Е.А. Проценко</i> .....	27
Джеймс Ф. Мастерсон. Эволюция метода развития объектных отношений в психотерапии. <i>Перевод Л.В. Ерашовой</i> ...	34
Дискуссия с Джеем Хейли. <i>Перевод Л.В. Ерашовой</i> .....	47
Джеймс Ф. Мастерсон. Терапевтический альянс с пациентами, страдающими пограничными и нарциссическими личностными расстройствами. Метод развития Я и объектных отношений. <i>Перевод Л.В. Ерашовой</i> .....	57
Дискуссия с Хелен Сингер Каплан. <i>Перевод Л.В. Ерашовой</i> .....	79
Льюис Волберг. Эволюция психотерапии: тенденции развития. <i>Перевод Л.В. Ерашовой</i> .....	89
Дискуссия с Арнольдом Лазарусом. <i>Перевод Л.В. Ерашовой</i> .....	106
Джадд Мармор. Психотерапевтический процесс: общие знаменатели различных подходов. <i>Перевод А.В. Гнездицкой</i> .....	117
Комментарий Аарона Бека. <i>Перевод А.В. Гнездицкой</i> .....	131
Джадд Мармор. Сущность динамической психотерапии. <i>Перевод Л.В. Ерашовой</i> .....	146
Дискуссия с Арнольдом Лазарусом. <i>Перевод Л.В. Ерашовой</i> .....	160

### Часть 2. КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНЫЙ ПОДХОД.

<i>Перевод Е.В. Курдюковой (все материалы раздела)</i> .....	169
Альберт Эллис. Эволюция рационально-эмотивной и когнитивно-бихевиоральной терапии .....	171
Отзыв Мэри Макклюр-Гулдинг .....	200
Альберт Эллис. Пересмотр основ рационально-эмотивной терапии .....	213
Комментарий Сальвадора Минухина .....	240
Джозеф Вольпе. На пути к созданию научной психотерапии .....	255
Отзыв Джадда Мармора .....	272
Джозеф Вольпе. Анализ индивидуальной динамики заболевания при лечении депрессии .....	282

Комментарий Томаса Заца .....	299
Аарон Бек. Когнитивная терапия .....	304
Арнольд А.Лазарус. О техническом эклектизме .....	330
Отзыв Клу Маданес .....	346
Арнольд А. Лазарус. Эффективная психотерапия: запрет прокрустова ложа и развенчание десяти мифов .....	352
Комментарий Джея Хейли .....	373
Дональд Мейхенбаум. Эволюция когнитивно- бихевиоральной терапии: ее истоки, принципы и примеры из клинической практики .....	380
Комментарий Альберта Эллиса .....	396

# ЭВОЛЮЦИЯ ПСИХОТЕРАПИИ

Том 2

Осень патриархов

Психоаналитически ориентированная  
и когнитивно-бихевиоральная терапия

Перевод с английского

Научный редактор раздела  
“Психоаналитически ориентированная терапия”

*М.Н. Тимофеева*

Ответственный редактор

*А.Б. Фенько*

Выпускающий редактор

*И.В. Тепикина*

Компьютерная верстка

*С.М. Пчелинцев*

Главный редактор и издатель серии

*Л.М. Кроль*

Научный консультант серии

*Е.Л. Михайлова*

Изд. лиц. № 061747

Подписано в печать 13.04.1998 г.

Формат 60×88/16

Гарнитура Таймс. Печать офсетная

Усл. печ. л. 26. Уч.-изд. л. 22. Тираж 5 тыс. экз.

Заказ №

М.: Независимая фирма “Класс”, 1998. — 416 с.  
103104, Москва, а/я 85.

ISBN 0-87630-677-6 (USA)

ISBN 0-87630-440-4 (USA)

ISBN 5-86375-076-6 (РФ)

Отпечатано в Московской типографии № 2 РАН.

121099, Москва, Шубинский пер., 6.