

Глава 1

Предпосылки интегративного движения

Триединство основных подходов психотерапии

Основные психотерапевтические подходы (психодинамический, феноменологический, когнитивно-поведенческий) акцентируют разные аспекты единого объекта — человеческой личности, чем и обусловлено различие в их методах.

Психодинамический подход

Последователи психодинамического подхода утверждают, что мысли, чувства и поведение человека детерминированы бессознательными психическими процессами. Основы этого подхода были заложены Зигмундом Фрейдом, который сравнивал личность человека с айсбергом: верхушку айсберга представляет сознание, основную же массу, расположенную под водой и невидимую, — бессознательное.

Личность, по Фрейду, состоит из трех главных компонентов. Первый компонент — Ид (оно) — резервуар бессознательной энергии, называемой либидо. Ид включает базальные инстинкты, желания и импульсы, с которыми люди рождаются, а именно: Эрос — инстинкт удовольствия и секса и Танатос — инстинкт смерти, который может мотивировать агрессию или деструктивность по отношению к себе или другим. Ид ищет немедленного удовлетворения, невзирая на социальные нормы или права и чувства других. Другими словами, Ид действует согласно *принципу удовольствия*.

Второй компонент личности — Эго (я). Это — разум. Эго ищет пути удовлетворения инстинктов с учетом норм и правил общества. Эго находит компромиссы между неразумными требованиями Ид и требованиями реального мира — оно действует согласно *принципу реальности*. Эго пытается удовлетворить потребности, защитив при этом человека от физического и эмоционального ущерба, который может явиться следствием осознания, не говоря уже об отреагировании импульсов, исходящих из Ид. Эго — исполнительная власть личности.

Третий компонент личности — Суперэго. Этот компонент развивается в процессе воспитания как результат интернализации родительских и социальных ценностей. Фрейд использует для этого процесса термин «интроекция». Суперэго включает интроецированные ценности, наши «надо» и «нельзя». Это наша совесть. Суперэго действует на основе *морального принципа*, нарушение его норм приводит к чувству вины.

Столкновение инстинктов (Ид), разума (Эго) и морали (Суперэго) приводят к возникновению *интрапсихических, или психодинамических, конфликтов*. Личность отражается в том, как человек решает задачу широкого спектра потребностей.

Наиболее важная функция Эго — образование защитных механизмов против тревоги и вины. Механизмы защиты — это бессознательная психологическая тактика, помогающая защитить человека от неприятных эмоций, — вытеснение, проекция, образование реакции, интеллектуализация, рационализация, отрицание, сублимация и др. Невротическая тревога, по Фрейду, это сигнал того, что бессознательные импульсы угрожают преодолеть защитные механизмы и достичь сознания.

Благодаря действию защитных механизмов бессознательное становится трудным для исследования, но Фрейд разработал для этого метод — *психоанализ*. Психоанализ включает толкование свободных ассоциаций, сновидений, обыденного поведения (обмолвок, ошибок памяти и др.), анализ переноса.

Психоанализ (и любой другой метод в рамках психодинамического подхода) ставит перед собой две основные задачи:

- 1) добиться у пациента осознания (инсайта) интрапсихического, или психодинамического, конфликта;
- 2) проработать конфликт, то есть проследить, как он влияет на актуальное поведение и на интерперсональные отношения.

Например, психоанализ помогает пациенту осознать скрытые, подавленные чувства гнева по отношению к родителю. Это осознание

далее дополняется работой над тем, чтобы пациент эмоционально пережил и освободил подавляемый гнев (катарсис). Эта работа помогает затем пациенту осознать, как бессознательный конфликт и связанные с ним защитные механизмы создают межличностные проблемы. Так, враждебность пациента к начальнику, старшему сотруднику или другой «родительской фигуре» может являться символическим, бессознательным отреагированием детских конфликтов с родителем.

Таким образом, психодинамический подход подчеркивает важность для понимания генеза эмоциональных расстройств и их лечения интрапсихических конфликтов, которые являются результатом динамической и часто бессознательной борьбы внутри личности противоречивых ее мотивов.

Разновидностью психодинамической психотерапии является наша отечественная личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, разрабатываемая в Психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева, теоретической основой которой служит *психология отношений* В. Н. Мясищева. Главной целью этой модели является реконструкция системы отношений, нарушенной в процессе развития личности под воздействием социальных факторов, прежде всего искаженных межличностных отношений в родительской семье. Нарушенная система отношений не позволяет человеку рационально решать возникающие в трудной жизненной ситуации интрапсихические конфликты, что и приводит к возникновению невроза. Осознание конфликта является одной из важных задач в процессе психотерапии.

Феноменологический подход

Согласно феноменологическому подходу, каждый человек обладает уникальной способностью по-своему воспринимать и интерпретировать мир. На языке философии психическое переживание окружающего называется феноменом, а изучение того, как человек переживает реальность, — феноменологией.

Сторонники этого подхода убеждены, что не инстинкты, внутреннее конфликты или стимулы среды детерминируют поведение человека, а его личное восприятие реальности в каждый данный момент. Человек — не арена для решения интрапсихических конфликтов и не бихевиоральная глина, из которой благодаря научению лепится личность. Как говорил Сартр: «Человек — это его выборы». Люди сами себя контролируют, их поведение детерминировано способностью де-

лать свой выбор — выбирать, как думать и как поступать. Эти выборы продиктованы уникальным восприятием человеком мира. Например, если вы воспринимаете мир как дружелюбный и принимающий вас, то вы, скорее всего, будете чувствовать себя счастливым и пребывающим в безопасности. Если же вы воспринимаете мир как враждебный и опасный, то вы, вероятно, будете тревожным и дефензивным (склонным к защитным реакциям). Феноменологические психологи рассматривают даже глубокую депрессию не как психическое заболевание, а как признак пессимистического восприятия индивидом жизни.

Фактически феноменологический подход оставляет за пределами своего рассмотрения инстинкты и процессы научения, которые являются общими и для людей, и для животных. Вместо этого феноменологический подход сосредоточивается на таких специфических психических качествах, которые выделяют человека из животного мира: сознание, самосознание, креативность, способность строить планы, принимать решения и ответственность за них. По этой причине феноменологический подход называется также *гуманистическим*.

Другое важное предположение этого подхода состоит в том, что у каждого человека есть врожденная потребность в реализации своего потенциала — в личностном росте, хотя среда может блокировать этот рост. Люди от природы склонны к доброте, творчеству, любви, радости и другим высшим ценностям. Феноменологический подход подразумевает также, что никто не сможет по-настоящему понять другого человека или его поведение, если не попытается взглянуть на мир глазами этого человека. Феноменологи, таким образом, полагают, что любое поведение человека, даже такое, которое кажется странным, исполнено смыслом для того, кто его обнаруживает.

Эмоциональные нарушения отражают блокирование потребности в росте (в самоактуализации), вызванное искажениями восприятия или недостатком осознания чувств. Д. Бернштейн, Е. Рой и их коллеги (D. Bernstein, E. Roy et al.) указывают на следующие основные положения гуманистической психотерапии.

1. Лечение есть встреча равных людей («энкаунтер»), а не лекарство, прописываемое специалистом. Оно помогает пациенту восстановить свой естественный рост и чувствовать и вести себя в соответствии с тем, какой он есть на самом деле, а не с тем, каким он должен быть по мнению других.
2. Улучшение у пациентов наступает само по себе, если терапевт создает правильные условия. Эти условия способствуют осознанно-

сти, самопринятию и выражению пациентами своих чувств. Особенно тех, которые они подавляли и которые блокируют их рост.

Как и при психодинамическом подходе, терапия способствует инсайту, однако в феноменологической терапии инсайт — это осознание текущих чувств и восприятий, а не бессознательных конфликтов.

3. Наилучший способ создания этих правильных (идеальных) условий — установление отношений, при которых пациент чувствует безусловное принятие и поддержку. Терапевтические изменения достигаются не вследствие применения специфических техник, а вследствие переживания пациентом этих отношений.
4. Пациенты полностью ответственны за выбор своего образа мыслей и поведения.

Наиболее известными из форм феноменологической терапии являются клиент-центрированная терапия Карла Роджерса и гештальт-терапия Фредерика Перлза.

Карл Роджерс практиковал психодинамическую терапию в 1930-х гг. Но скоро он начал сомневаться в ее ценности. Особенно не импонировало ему быть беспристрастным экспертом, который «понимает» пациента. Он убедился в том, что менее формальный подход более эффективен, и начал использовать так называемую недирективную терапию, то есть он позволял своим пациентам решать, о чем говорить и когда, без направления, оценки или интерпретации со стороны терапевта. Этот подход позднее стал называться клиент-центрированной терапией, чтобы подчеркнуть роль клиента. Фундаментом лечения Роджерса является создание отношения, характеризуемого тремя важными и взаимосвязанными позициями («триада Роджерса»): безусловным позитивным отношением, эмпатией, конгруэнтностью.

1. *Безусловное позитивное отношение.* Терапевт должен показать, что он искренне заботится о клиенте, принимает его как человека и доверяет его способности изменяться. Это требует не только готовности слушать клиента, не прерывая его, но также и принятия того, о чем говорится, без суждения и оценки, невзирая на то, каким бы «плохим» или «странным» это ни казалось. Терапевту не нужно одобрять все, что говорит клиент, но он должен принять это как реальную часть оцениваемого человека. Терапевт должен также доверять клиентам в самостоятельном решении их собственных проблем, следовательно, он не дает советов. Совет, говорит Роджерс, несет скрытое сообщение о том, что клиент некомпетентен или неадекватен, — это делает его менее уверенным и более зависимым от помощи.

2. *Эмпатия*. Многие формы терапии предлагают взгляд на пациента со стороны. Эмпатия требует внутреннего взгляда, сосредоточения на том, что пациент может думать и чувствовать. Клиент-центрированный терапевт действует не как посторонний наблюдатель, который стремится наклеить диагностический ярлык на клиента, а как человек, который хочет понять, как выглядит мир с точки зрения клиента.

Об эмпатии нельзя сообщить: «Я понимаю» или: «Я знаю, что вы сейчас чувствуете». Терапевт передает эмпатию, показывая, что он активно слушает клиента. Подобно искусным интервьюерам, клиент-центрированные терапевты вступают в контакт с клиентом с помощью глаз, кивают головой, когда пациент говорит, и оказывают другие знаки внимания. Используется также тактика, называемая *отражением (рефлексией)*. Отражение показывает, что терапевт активно слушает, а также помогает клиенту осознать те мысли и чувства, которые он переживает. Действительно, большинство клиентов реагируют на эмпатическое отражение пристальным вниманием к своим чувствам.

3. *Конгруэнтность* — это согласованность между тем, что терапевт чувствует, и тем, как он ведет себя по отношению к клиенту. Это значит, что безусловное позитивное отношение терапевта и эмпатия являются настоящими, а не поддельными. Переживание конгруэнтности терапевта позволяет клиенту увидеть, возможно впервые, что открытость и честность могут быть основой человеческих отношений.

Бихевиоральный (когнитивно-поведенческий) подход

Поведенческая терапия как систематический подход к диагностике и лечению психологических расстройств возникла в конце 50-х гг. прошлого века. На ранних стадиях развития поведенческая терапия определялась как приложение «современной теории научения» к лечению клинических проблем. Понятие «современные теории научения» относились тогда к принципам и процедурам классического и оперантного обусловливания. Основываясь на теориях научения, поведенческие терапевты рассматривали неврозы человека и аномалии личности как выражение выработанного в онтогенезе неадаптивного поведения. Джозеф Вольпе определял поведенческую терапию как «применение экспериментально установленных принципов научения для целей изменения неадаптивного поведения». Неадаптивные при-

вычки ослабевают и устраняются, адаптивные привычки возникают и усиливаются. Ганс Юрген Айзенк утверждал, что достаточно избавить больного от симптомов и тем самым будет устранен невроз.

С годами оптимизм в отношении особой действенности поведенческой терапии стал повсюду ослабевать. Критики изолированного применения методов поведенческой терапии видят основной ее дефект в односторонней ориентации на действие элементарной техники условных подкреплений. Коренной недостаток теории поведенческой терапии заключается не в признании важной роли условного рефлекса в нервно-психической деятельности человека, а в абсолютизации этой роли.

В последние десятилетия поведенческая терапия претерпела существенные изменения. Это связано с достижениями экспериментальной психологии и клинической практики. Теперь поведенческую терапию нельзя определить как приложение классического и оперантного обусловливания. Различные подходы в поведенческой терапии наших дней отличаются степенью использования *когнитивных* концепций и процедур.

Начало *когнитивной терапии* связывается с деятельностью Джорджа Келли. Келли пришел к выводу, что сердцевиной неврозов является *неадаптивное мышление*. Проблемы невротика лежат в *настоящих* способах мышления, а не в прошлом. В задачу терапевта входят выяснение неосознаваемых категорий мышления, которые приводят к страданиям, и обучение новым способам мышления.

Келли был одним из первых психотерапевтов, которые старались непосредственно изменять мышление пациентов. Эта цель лежит в основе многих современных терапевтических подходов, которые объединяются понятием *когнитивная терапия*.

В экспериментальных работах в области когнитивной психологии, в частности в исследованиях Пиаже, были сформулированы ясные научные принципы, которые можно было применить на практике. Даже изучение поведения животных показывало, что надо принимать во внимание их когнитивные возможности для понимания того, как у них происходит научение.

Кроме того, возникло понимание, что поведенческие терапевты, сами того не подозревая, используют когнитивные возможности своих пациентов. Десенситизация, например, использует готовность и способность пациента к воображению. Тренинг социальных умений не является на самом деле обусловливанием: пациенты обучаются не

специфическим реакциям на стимулы, а набору стратегий, необходимых для совладания с ситуациями страха. Использование воображения, новых способов мышления и применение стратегий включает когнитивные процессы.

На настоящем этапе развития психотерапии когнитивный подход в чистом виде почти не практикуется: все когнитивные подходы в большей или меньшей степени используют поведенческие техники. Это справедливо и по отношению к «рационально-эмотивной терапии» А. Эллиса и к «когнитивной терапии» А. Бека. У поведенческих и когнитивных терапевтов обнаружился ряд общих черт.

1. И те и другие не интересуются причинами расстройств или прошлым пациентов, а имеют дело с настоящим: поведенческие терапевты сосредоточиваются на актуальном поведении, а когнитивные — на том, что думает человек о себе и о мире в настоящем.
2. И те и другие смотрят на терапию как на процесс научения, а на терапевта — как на учителя. Поведенческие терапевты учат новым способам поведения, а когнитивные — новым способам мышления.
3. И те и другие дают своим пациентам домашние задания, с тем чтобы они практиковали за пределами терапевтической среды то, что получили во время сеансов терапии.
4. И те и другие оказывают предпочтение практическому, лишённому абсурдности (имеется в виду психоанализ) подходу, не обременённому сложными теориями личности.

Итак, новый этап в развитии поведенческой терапии знаменуется трансформацией ее классической модели, основанной на принципах классического и оперантного обусловливания, в когнитивно-поведенческую модель. Мишень «чистого» поведенческого терапевта — изменение в восприятии себя и окружающей действительности. Когнитивно-поведенческие терапевты признают и то и другое: знания о себе и мире влияют на поведение, а поведение и его последствия воздействуют на представления о себе и мире.

Когнитивно-поведенческие терапевты, как и их предшественники, не интересуются прошлым или причинами невротических расстройств. Они говорят, что никто не знает подлинных причин, а кроме того, не доказано, что знание причин имеет отношение к исцелению. Если больной приходит к врачу с переломом кости, в задачу врача входит его исправление, а не изучение условий, которые привели к перелому.

Общая цель психотерапии

Акцентация основными психотерапевтическими подходами различных аспектов единого объекта — человеческой личности — позволяет сформулировать общую для них цель психотерапии. Д. Бернштейн, Е. Рой и коллеги формулируют ее как оказание помощи пациентам в изменении их мышления и поведения таким образом, чтобы стать более счастливыми и продуктивными. При работе с пациентами эта цель дифференцируется на ряд задач, а именно терапевт:

- 1) помогает пациенту лучше понять его проблемы;
- 2) устраняет эмоциональный дискомфорт;
- 3) поощряет свободное выражение чувств;
- 4) обеспечивает пациента новыми идеями или информацией о том, как решать проблемы;
- 5) помогает пациенту в проверке новых способов мышления и поведения за пределами терапевтической ситуации.

При решении этих задач терапевт прибегает к трем основным методам.

Во-первых, терапевт обеспечивает психологическую поддержку. Прежде всего это значит сочувственно выслушать пациента и дать ему взвешенный совет в кризисной ситуации. Поддержка также заключается в помощи пациенту осознать и использовать свои силы и умения.

Второй метод терапии состоит в устранении дезадаптивного поведения и формировании новых, адаптивных стереотипов.

И наконец, терапевт содействует инсайту (осознанию) и самораскрытию (самоэксплорации), в результате чего пациент начинает лучше понимать свои мотивы, чувства, конфликты, ценности.

Несмотря на различия в теориях, целях и процедурах, психологическое лечение сводится к тому, что один человек пытается помочь другому (даже в том случае, когда речь идет о групповой психотерапии, при которой каждый участник является своего рода психотерапевтом по отношению к другому члену группы). Все методы лечения (не только психологического, а любого — терапевтического, хирургического и т. д.) имеют, согласно Дж. Франку, некоторые общие основные черты, или составляющие.

1. Человек, который страдает и ищет облегчения от своей проблемы. Это *клиент*, или пациент.
2. Человек, который благодаря обучению или опыту воспринимается как способный оказывать помощь. Это *терапевт*, или целитель.

3. *Теория*, которая используется для объяснения проблем пациента. В медицине теория включает, например, инфекционный фактор, другие биологические процессы. В некоторых культурах теория может включать фактор проклятия или одержимости злыми духами. В психологии теория включает психодинамику, принципы научения или другие психические факторы.
4. Набор *процедур* для решения проблем пациента. Эти процедуры непосредственно связаны с теорией. Так, знахари или экзорцисты ведут борьбу со сверхъестественными силами с помощью специальных церемоний или заклинаний, а врачи лечат инфекцию антибиотиками.
5. Специальное социальное *отношение* между клиентом и терапевтом, которое помогает облегчить проблемы клиента. Терапевт стремится к созданию такой атмосферы, которая позволяет пациенту с оптимизмом смотреть на решение своих проблем; он верит, что методы, используемые терапевтом, помогут ему, вследствие чего у него возникает мотивация к работе над решением проблем. Отношение является фактором, характерным для всех форм лечения. В медицине улучшение физического или психического состояния пациента связывается обычно с действием лекарств или хирургическим вмешательством, но эффективность лечения частично зависит от ожиданий пациента и его веры в лечение. В магическом или религиозном лечении специфические процедуры значительно менее важны; более важными являются позитивное отношение и ожидания, связанные с этими процедурами. Между этими крайними полюсами — медициной и магическим лечением — располагаются психологические методы лечения. Используя набор специфических процедур, большинство психотерапевтов пытается также создать позитивное отношение, потому что оно увеличивает шансы на успешное лечение. Некоторые терапевты подчеркивают фактор отношения в большей степени, чем другие факторы (например, клиент-центрированные психотерапевты).

Приблизительно одинаковая эффективность различных методов психотерапии

Диапазон психотерапевтических методов очень широк. Какова степень эффективности различных методов? В поисках ответа на этот

важнейший вопрос мы обратимся к докладу одного из ведущих исследователей проблемы эффективности психотерапии Вольфа Лаутербаха «Эффективность психотерапии: критерии и результаты оценки», прочитанному им на I съезде Российской психотерапевтической ассоциации в г. Тюмени (1995). В. Лаутербах говорит, что, если бы многочисленные методы психотерапии претендовали только на лечение определенных патологических состояний, все было бы в порядке — они дополняли бы друг друга; но, к сожалению, это не так. Каждый психотерапевтический подход претендует на компетентность и эффективность лечения почти во всех областях психопатологии, хотя в большинстве случаев их теоретические основы и методы несовместимы, когда говорят о тех же расстройствах. Итак, парадоксальная ситуация: больной обращается к врачу за помощью, а выбор терапии зависит не от диагноза, а от того, какой школе психотерапии врач доверяет, и, даже когда терапия оказывается неэффективной, пациент не переводится к психотерапевту другой специализации. Частично это объясняется тем, что каждый психотерапевт вложил много времени, денег и сил в свое терапевтическое образование; он верит в свою психотерапию.

Необходимость объективной оценки психотерапии возникла с начала 1950-х гг., когда Ганс Айзенк доказал с помощью исследований, опубликованных другими авторами, что психотерапия по результатам не более эффективна, чем пребывание больных в психиатрических больницах без систематической психотерапии. Позиция Айзенка вызвала резкий протест со стороны практикующих психотерапевтов. Но психотерапевты, говорит далее В. Лаутербах, несмотря на свои протесты, понимали, что отдельные самоотчеты пациентов могут приниматься в расчет, но не могут доказывать эффективность психотерапевтических методов. В итоге провокация Айзенка, которую он несколько раз повторял и подтверждал все новыми доказательствами, значительно стимулировала научно-эмпирическое исследование методов психотерапии.

Скоро выяснилось, что ни психотерапевт, ни пациент не могут объективно оценивать результаты психотерапии и что необходимы контрольные группы. По причинам, высказанным выше, психотерапевт не может интерпретировать положительные изменения в состоянии своего пациента как результаты своей терапии. Отсутствие же положительных сдвигов или отрицательные изменения в состоянии больного, однако, интерпретируются им как следствие либо посторонних событий, либо сопротивления пациента и редко как неадекватность психотерапевтического подхода или самого психотерапевта.

Вследствие так называемого hello-good-bye-эффекта пациент до психотерапии склонен чувствовать и описывать свое состояние как тяжелое, потому что он ищет помощи, а прощаясь с внимательным, симпатичным психотерапевтом, готовым помочь, потратив деньги и время, сохраняя надежду и не желая быть неблагодарным, пациент склонен и без объективного улучшения считать, что его состояние улучшилось. Более объективными являются тесты, опросники о выраженности симптоматики, наблюдения в реальных или игровых ситуациях и психофизиологические данные. И тогда возникает необходимость контрольных групп. Контрольные группы нужны для того, чтобы отличать эффекты терапевтического влияния от эффектов внетерапевтического воздействия; имеются в виду общие или личные события, действующие на состояние пациентов, например политические или экономические изменения, перемены на работе, в семье, новая любовь. Поэтому заключение, которое дается на основании суждений пациента или психотерапевта, а также те заключения, которые делались без сопоставлений с контрольными группами, не могут считаться валидными.

В большинстве эмпирических исследований психотерапии лечебные группы сравниваются с контрольными, то есть с группами больных, которые не подвергались психотерапии, или больных, проходящих лечение другими методами. Л. Люборски и Б. Сингер (L. Luborsky, B. Singer, 1975) опубликовали первичный метаанализ ряда исследований и показали, что эффект психотерапии положительно отличается от спонтанной ремиссии. Этот результат успокоил всех психотерапевтов. Пытаясь ответить на вопрос, какой вид психотерапии эффективнее, авторы проанализировали некоторые исследования, в которых сравнивались виды психотерапии. Статистически достоверной разницы в эффективности используемых психотерапевтических подходов авторы не нашли. Их резюме словами Алисы из страны чудес Л. Кэрролла: «Все выиграли, и всем положен приз» успокоило психотерапевтов всех школ. В. Лаутербах обращает внимание на то, что эта фраза охотно цитируется еще и сегодня, особенно теми школами психотерапии, которые вообще не исследовали свои методы лечения, как будто бы наукой доказано, что все разнообразные психотерапевтические подходы производят однозначные результаты.

В 1994 г. К. Граве (K. Grawe) с сотрудниками опубликовали фундаментальный метаанализ, выдающийся своим качеством и количеством исследованных работ. Были собраны все опубликованные до 1984 г.

исследования с приемлемым научным уровнем (то есть проводились серьезная терапия и статистическое сравнение двух групп пациентов); их оказалось 3500. После тщательного отбора осталось 897 источников; они являются совокупностью научно приемлемых исследований психотерапии взрослых пациентов, опубликованных в течение 30 лет. Все гуманистические, психодинамические и психоаналитические методы вместе исследовались 153 раза. Чаще всего изучались когнитивно-поведенческие методы — 452 исследования; интерперсональные методы — 63; методы расслабления — 114 (релаксация — 66, аутогенная тренировка — 14, гипноз — 19, медитация — 15); эклектические и комплексные методы — 22 исследования.

Невозможно описать результаты всех исследований, включенных в метаанализ. Но если научно обоснованными считаются только те методы, эффективность которых исследовалась независимо от результатов, тогда иные методы нужно назвать ненаучно обоснованными, так как они совсем не исследовались научно приемлемым образом. К ним относятся эйдетическая терапия, терапия по Юнгу, логотерапия, нейролингвистическое программирование, терапия поэзией, первичная терапия по Янову, ребефинг, трансцендентальная терапия и многие другие экзотические методы, близкие к этим методам, но до сих пор мало и плохо исследованные дазайнализ, биоэнергическая терапия, кататимные образные переживания по Лейнеру, индивидуальная терапия по Адлеру и транзактный анализ. Не очень убедительны и исследования эффективности арттерапии. В таком же состоянии находятся и прогрессивная релаксация, аутогенная тренировка, психодрама, гипнотерапия и йога. Гештальт-терапия изучалась только в 7 исследованиях, но из них видно, что она эффективно действует на довольно широкий диапазон параметров.

Неудовлетворительную эффективность обычной (то есть недолговременной) психоаналитической психотерапии психоаналитики объясняют тем, что требуется несколько сотен или больше сессий (3–5 раз в неделю), и лишь тогда достижимо необходимое отношение с пациентом для обнаружения психоаналитических причин симптомов, перестройки его личности и позитивного сдвига в симптоматике. В течение 100 лет это утверждение не доказано — самый старый и известный метод психотерапии на приемлемом научном уровне не исследовался. Но исследовался *долговременный психоанализ (раскрывающий)* в клинике Карла Меннингера (К. Menninger, 1989). По мнению К. Граве с сотрудниками, это было самое крупное, тщательное, убедительное и длительное иссле-

дование психотерапии в ряду других работ. Оно проводилось крупнейшими исследователями психоанализа в США в естественных условиях. В 1950-х гг. в этой клинике отобрали (не случайно, но по диагнозу и необходимости лечения) 22 пациента для группы долговременного психоанализа и 20 пациентов для группы поддерживающей психоаналитической психотерапии; контрольной группы не было. Все пациенты имели очень хороший интеллект (средний IQ = 124), относились к высшему социальному слою и сами платили за многолетнюю терапию. До конца лечения ни пациенты, ни психотерапевты не знали о том, что их терапию исследовали.

Какие у них были результаты? Терапевтические эффекты раскрывающей долговременной психотерапии оказались намного ниже, чем предсказывалось исследователями. Спрогнозированные эффекты поддерживающей психотерапии были более умеренными — их и достигли. Результаты даны в табл. 1.1.

Исследование в клинике К. Меннингера показывает, что многолетним психоанализом достигаются хорошие результаты у 40% пациентов и умеренное улучшение у 20%; лучшие результаты, однако, достигаются и другими методами со значительно (в 10–20 раз) меньшими затратами. Необходимо отметить, что у 40% пациентов совсем не наступили улучшения в течение нескольких лет; констатировать неуспех скорее можно было бы в течение 20 сессий, а не в нескольких сотнях или тысячах. Неуспешные 11 пациентов (26%) не просто были неуспешными — 6 из них покончили с собой; по мнению исследователей, суицид был связан с психоанализом; у троих пациентов возник психоз, что связано, по мнению исследователей, с отношениями к психотерапевту; у остальных пациен-

Таблица 1.1. Результаты катамнеза раскрывающего психоанализа и поддерживающей психотерапии 42 пациентов в клинике К. Меннингера

Результат	Раскрывающий психоанализ		Поддерживающая психотерапия	
	число пациентов	%	число пациентов	%
Значительное улучшение	8	36	9	45
Умеренное улучшение	5	23	3	15
Сомнительное улучшение	3	14	3	15
Отсутствие улучшения	6	27	5	25
Всего	22	100	20	100

тов неудачи не были обусловлены ятрогенными расстройствами. Несмотря на то что во время последнего катамнеза в 1980-х гг. 5 пациентов нуждались в продолжении терапии (после 28 лет непрерывной психотерапии), исследователи считали, что у двоих из них уже отмечено хорошее продвижение и у двоих — тенденция к улучшению; у пациентки с агорафобией последняя исчезла в течение более чем 25 лет (пациентка, скорее всего, избавилась бы от фобии с помощью 20 сессий поведенческой психотерапии).

Граве с сотрудниками резюмируют результаты исследований следующим образом: положительных показаний для длительного психоанализа нет, а отрицательные — есть; у пациентов с более выраженной симптоматикой возникает опасность ятрогенных эффектов.

Ряд методов исследовались лучше. Это относится к *интерперсональной психотерапии Клермана и Вейсмана* (проведено 10 исследований, которые включают почти 1000 пациентов с депрессией или с нервной булимией). Эта психотерапия является совсем новым подходом, который концентрируется на межличностных отношениях. Однако научный уровень исследований, начавшихся лишь десятилетие назад, высок и результаты психотерапии оказываются весьма убедительными.

Поведенческие методы терапии семейных пар также часто исследовались (29 исследований) и очень успешно применялись; они включают ряд поведенческих приемов, в том числе и тренинг интеракции и коммуникации. Интерперсонально-ориентированный подход системной семейной терапии (В. Сатир, С. Минухин и др.) изучался в 8 исследованиях. Эти методы направлены на анализ отношений между пациентами и их близкими, успешно преобразуют эти отношения, что часто приводит к уменьшению симптоматики.

Краткосрочный психоанализ изучался в 29 исследованиях хорошего научного качества, средняя длительность лечения 14 месяцев и 16 сессий. Психоанализ уменьшал симптоматику у пациентов с маловыраженными невротическими и личностными расстройствами. Отношения с другими людьми улучшались, но только как результат групповой, а не индивидуальной психотерапии. Общее самочувствие улучшилось только после длительной терапии или после окончания лечения. Плохо поддаются лечению психоанализом пациенты со страхами, фобиями и с психосоматическими расстройствами.

Разговорная психотерапия по Роджерсу исследовалась в 35 работах хорошего научного качества, где измерялись различные переменные.

Средняя продолжительность лечения 20–33 сессии. Результаты исследований показали, что терапия по Роджерсу уменьшает симптоматику, улучшает общее самочувствие, способствует личностному росту пациентов, а в групповой психотерапии улучшает отношения с другими людьми. Разговорная психотерапия показана и эффективна для лечения всех невротических расстройств, а также может применяться при лечении больных алкоголизмом, шизофренией, часто в сочетании с методами поведенческой психотерапии. Имеется, однако, ссылка на то, что пациенты с социальными страхами и пациенты, которые нуждаются в указаниях и руководстве, хуже поддаются психотерапии по Роджерсу.

Теоретическим, методическим и научно-эмпирическим обоснованием *когнитивно-поведенческой психотерапии* является психология. До 1960–1970-х гг. психология исследовала в основном те психические процессы, которые ученые могли объективно наблюдать: поведение как результат восприятия, научения, мотивации, эмоций, развития и социальных факторов. На базе психологии поведения развивались приемы модификации поведения — методы поведенческой психотерапии. Когнитивный перелом в психологии, то есть изучение не только непосредственно наблюдавшихся процессов в 1960–1970-х гг., стимулировал развитие новых, когнитивных методов лечения. По мнению психодинамических психотерапевтов, когнитивно-поведенческие методы являются поддерживающей, а не раскрывающей терапией. Они отличаются от гуманистических и психодинамических методов тем, что при разных расстройствах применяются разные методики. Поскольку зачастую у пациентов отмечается сразу несколько проблем, которые взаимно поддерживаются (например, алкоголизм, депрессия, дефицит в социальной сфере), в их лечении сочетаются разные методики. Методы когнитивно-поведенческой терапии развивались в зависимости от результатов эмпирических исследований действующих факторов, эффектов и эффективности, поэтому число таких исследований очень велико — 452 источника.

Систематическая десенсибилизация исследовалась 56 раз на высоком научном уровне. Специфические страхи, такие как социальные и сексуальные фобии, очень хорошо поддаются лечению; чем больше пациенты боялись ситуации, тем выраженнее был терапевтический эффект, в частности относительно страха перед экзаменами. Пациенты с многообразными страхами, то есть агорафобией, с общим состоянием тревоги, при наличии также депрессии поддаются лечению не столь