

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России)

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Рецензия д.пс.н, зав. кафедрой клинической психологии и психотерапии с курсом ПО,
проф. Логиновой Ирины Олеговны на реферат ординатора второго года обучения по
специальности «Психотерапия», Страупе Марии Александровны по теме: «Эклектический
подход в психотерапии. Краткосрочная психотерапия»

Основные оценочные критерии:

Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	+
3. Соответствие текста реферата его теме	+
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8. Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента:

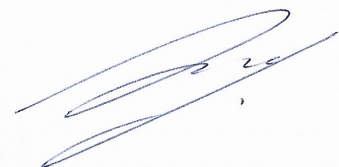
Дата:

5.09.2019

Подпись рецензента:



Подпись ординатора:



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России)
Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Эклектический подход в психотерапии. Краткосрочная психотерапия

Выполнила: Ординатор
Страупе Мария Александровна

Красноярск 2019

Содержание

Введение

1. Эклектический подход в психотерапии
2. Краткосрочная психотерапия

Заключение

Список литературы

Введение

Существует много разновидностей психотерапии. Некоторые из них приведены в табл. 1. Большинство психотерапевтов не являются абсолютными приверженцами какого-то одного метода. Скорее, их подход — эклектический, вобравший в себя элементы из многих методов, которые они считают наиболее подходящими с учетом личности данного клиента и его конкретных симптомов. Хотя теоретическая ориентация представителей эклектического направления склоняется к тому или иному методу или школе (например, скорее к психоанализу, чем к бихевиоризму), они чувствуют себя вправе отбросить представления, которые сочтут не слишком полезными, или заимствовать методику у других школ. Кроме того, при работе с клиентами, имеющими серьезные проблемы, многие психотерапевты пользуются как психотерапевтическими приемами, так и лекарственной терапией (психотерапевты, не являющиеся врачами, работают в сотрудничестве с психиатрами, прописывающими лекарства их пациентам).

Работая, например, с индивидами, страдающими сильной тревожностью, психотерапевт-эклектик может сначала прописать им транквилизаторы или релаксационную тренировку для снижения тревожности (с таким подходом не согласились бы, однако, большинство психоаналитиков, поскольку они считают, что тревожность необходима для мотивации клиента к исследованию его конфликтов). Чтобы помочь клиенту понять истоки его проблем, «эклектичный» психотерапевт может обсудить с пациентом определенные аспекты его истории, но не сочтет необходимым изучать его детские переживания так глубоко, как это сделал бы психоаналитик. Такой терапевт может прибегать к просвещению пациента, давая, например, мальчику-подростку, который чувствует вину за свои сексуальные импульсы, сведения о сексе и репродуктивной деятельности, чтобы снять его беспокойство, или, объясняя работу автономной нервной

системы, чтобы уверить встревоженную женщину, что некоторые ее симптомы, такие как сердцебиение и дрожание рук, — не признак болезни.

Все больше психотерапевтов, признавая, что зачастую никакой отдельно взятый терапевтический подход не приносит успеха по всем аспектам проблемы, начинают специализироваться на конкретных проблемах. Например, некоторые клиницисты специализируются на проблемах сексуальных дисфункций. Они узнают все, что могут, о физиологических процессах, ведущих к оргазму; о воздействии препаратов (таких, как алкоголь, транквилизаторы и другие лекарства) на сексуальную деятельность; и о том, как беспокойство, сексуальные травмы и плохое общение между партнерами способствует сексуальным дисфункциям. После того как специализирующийся на сексе терапевт усвоил все, что известно о нормальном и аномальном сексуальном поведении, он изучает различные терапевтические системы, чтобы посмотреть, что можно использовать для решения конкретных проблем. Хотя сексолог может привлекать все обсуждавшиеся нами подходы, при сексуальных дисфункциях чаще всего применяются биологические и когнитивно-поведенческие методы.

Другие терапевты специализируются на тревожности, депрессии, алкоголизме и проблемах брака. Некоторые сосредоточились на определенных возрастных группах, стремясь узнать все, что можно, о проблемах детей, подростков и пожилых. В своих специальных областях терапевты обычно применяют эклектический, или интегративный, подход.

Краткосрочная психотерапия подразумеваются существенные (в среднем 10-кратные) ограничения во времени по сравнению с аналогичными «классическими» формами психотерапии. Краткосрочные методы психотерапии - эриксоновская психотерапия и эриксоновский гипноз, краткосрочная стратегическая психотерапия, позитивная психотерапия, десенсибилизация и переработка движениями глаз и др. Позитивная психотерапия направлена на мобилизацию внутренних ресурсов человека для

принятия позитивных решений в любых, даже самых сложных жизненных ситуациях.

1. Эклектичский подход в психотерапии

С увеличением количества психотерапевтических методов значительно возросло и число тех, кто считает себя эклектиками. Опрос клинических психологов, к примеру, показал, что примерно 40% называют себя эклектиками (Kelly, 1961), то есть не являются приверженцами какого-то одного направления. В опросе, проведенном впоследствии на аналогичной выборке (Garfield & Kurtz, 1976), обнаружилось, что 55% клинических психологов предпочитают эклектический подход. Опрос консультирующих и клинических психологов показал, что более 41 % данных специалистов считают себя эклектиками (D. Smith, 1982).

В одном из последних исследований 68 "., выборки, состоявшей из 423 психиатров, клинических психологов, социальных работников, семейных и супружеских психотерапевтов, отдали предпочтение эклектическому подходу к психотерапии (Jensen et al., 1990). Обзор десяти подобных исследований, результаты которых свидетельствовали о предпочтении психотерапевтами эклектического подхода, можно найти также в работе, посвященной эклектизму и интеграции в психотерапии (Garfield, 1994a).

Одна из последних разработок - интеграция связана с попыткой теоретического объединения двух и более психотерапевтических подходов (Norcross & Goldfield, 1992). Таким образом, несмотря на существование огромного количества школ психотерапии, наиболее популярным направлением оказался эклектизм.

Хотя приобретение знаний и навыков в период обучения и повышения квалификации, как правило, происходит в рамках одного направления, в определенный момент возникает желание расширить свои взгляды на психотерапевтический процесс и начать использовать приемы и методы, разработанные в других направлениях. Так осуществляется переход к эклектизму.

Хотя это может объясняться разными причинами, я предполагается, что большинство переходит к эклектизму с целью повышения собственной эффективности как психотерапевтов. Может обнаружиться, что использовавшиеся ранее подходы не столь эффективны, как ожидалось, или, что они работают только с ограниченной группой пациентов. Как следствие, психотерапевт начинает модифицировать свои процедуры, вводить новые приемы, делиться впечатлениями с другими психотерапевтами и постепенно использовать все более широкий диапазон методов.

Таким образом, появляется возможность адаптировать терапию к отдельному пациенту для достижения оптимальных результатов. Считается, что отказываться или отклоняться от оформленной, внутренне согласованной теоретической системы, служащей для психотерапевта своего рода системой координат, не безопасно. Однако психотерапевты, использующие эклектический подход, утверждают, что гибкость поведения позволяет лучше приспособиться к нуждам отдельного пациента. Психотерапевт адаптирует свой метод к пациенту, а не требует, чтобы пациент приспосабливался к определенному психотерапевтическому подходу.

Однако не все психотерапевты-эклектики действуют одинаково. В исследовании 154 специалистов-эклектиков оказалось, что эклектизм объединяет в себе целый ряд психотерапевтических взглядов, некоторые из них по существу противоположны друг другу (Garfield & Kurtz, 1977). Классифицировать ответы, полученные в выборке, оказалось действительно трудной задачей. Однако в большинстве своем эклектические клинические психологи используют любую теорию и методы, которые, по их мнению, лучше всего могут помочь конкретному клиенту. То есть эклектический психотерапевт отбирает методы, руководствуясь особенностями личности и с учетом проблем клиента, а не приверженностью определенным теоретическим взглядам.

Вывод, который следует из результатов этого обзора, довольно ясен. Ни одна психотерапевтическая система не является универсальной. Поэтому

психотерапевт должен отбирать и адаптировать методы, которые, по его мнению, лучше всего подходят для конкретного клиента. Если вспомнить то, что мы знаем об индивидуальных различиях, такая позиция покажется вполне оправданной. Однако сказать легче, чем сделать. Клиентов можно классифицировать по разным критериям: по возрасту, полу, образовательному уровню, социоэкономическому статусу, этнической принадлежности, типу существующих проблем, тяжести расстройства, социальным навыкам, заинтересованности в психотерапии, способности устанавливать отношения с другими людьми и т. и. (Garfield, 1994с).

Можно также руководствоваться диагнозом в соответствии с действующей на данный момент системой классификации психических расстройств. Если идти этим путем, лицам, страдающим агорафобией, к примеру, следует порекомендовать такую процедуру, как систематическая десенсибилизация в воображении и *in vivo*. Однако при других расстройствах одинаково эффективны практически все психотерапевтические подходы, и пока не существует четко сформулированных критериев для предпочтения того или иного метода. Более того, если одни психотерапевты в своей работе руководствуются преимущественно психиатрическим диагнозом, особенно сегодня, то другие полагают, что такая дифференциация слишком приблизительна, и уделяют больше внимания личностным качествам клиента. Пациенты с одним диагнозом не обязательно одинаковы.

Уникальность каждого отдельно взятого клиента, а также психотерапевта делает затруднительным четкое формулирование показаний к определенным видам терапии, особенно для специалиста-эклетики. Одни скажут, что используют те приемы, которые им кажутся подходящими для данного клиента, но не смогут объяснить, чем конкретно обусловлен их выбор. Другие более определенно формулируют свой подход, как в следующем примере: «Каждому - свое. Теория научения - для разрешения поведенческих проблем. Психодинамический подход - при мотивационных конфликтах. Концепция группового процесса - для людей с межличностными

трудностями» (Garfield & Kurtz, 1977, p. 80). Третьи подчеркивают, что подходит любой эффективный метод и что «клиническая работа практически требует определенного эклектизма».

Согласно последним утверждением, хотя многие клиницисты, наверное, это поддержат. Некоторые предпочитают называть себя представителями определенного теоретического направления, так как полностью принимают идеи, составляющие его основу, и чувствуют себя увереннее, придерживаясь одной системы. Однако действия психотерапевта могут не отражать центральные идеи направления, к которому он себя относит, а используемые процедуры и расстановка акцентов могут не соответствовать официальной позиции его школы.

Иными словами, то, что психотерапевт декларирует, может не совпадать с тем, что он делает. Более того переменные, значение которых подчеркивается в определенном психотерапевтическом подходе, могут оказаться не столь существенными с психотерапевтической точки зрения. Например, после пятидневного наблюдения сеансов поведенческой терапии, которые проводили Джозеф Вольпе и Арнольд Лазарус, наблюдатели прокомментировали увиденное следующим образом: «Наверное, больше всего нас поразило то, насколько часто поведенческие психотерапевты дают пациентам рекомендации и манипулируют их ожиданиями и установками» (Klein, Dittman, Parloff, & Gill, 1969). Наблюдатели также подчеркивали существенные расхождения между теоретическими постулатами поведенческой терапии и практическим применением психотерапевтических методов в реальной клинической ситуации.

Даже психотерапевты, не являющиеся приверженцами эклектизма, иногда ведут себя в эклектической манере и используют методы, не предусмотренные направлением, которого они придерживаются. В этом нет ничего предосудительного, если психотерапевт осознает, что он делает, и имеет на то веские основания. В противном случае психотерапевт не будет в полной мере осведомлен о том, что происходит и какие переменные,

оказывают психотерапевтическое влияние. Такое может случиться и, несомненно, иногда случается также с психотерапевтами-эклектиками, однако они более тонко чувствуют (или должны более тонко чувствовать), когда следует применить тот или иной метод.

Хотя потенциально более высокий уровень гибкости эклектического подхода как нельзя лучше отвечает требованиям краткосрочной терапии, описаний подобного подхода немного. Удивительно, но в обзоре, который подготовили Косе и Бу-чер (Koss & Buncher, 1986), психодинамических, когнитивно-поведенческих и кризисно-ориентированных форм психотерапии значительно больше, чем эклектических.

Так, перечислено 23 вида психодинамической краткосрочной терапии, 12 - когнитивно-поведенческой и только одна форма эклектической краткосрочной терапии - «интегративная краткосрочная психотерапия», которую разработали Бадман и Гурман (Budman & Gurman, 1983). С другой стороны, некоторые виды психотерапии, обозначенные как когнитивно-поведенческие, по широте охвата скорее напоминают эклектические.

Однако мы не будем вдаваться в семантические противоречия. В одном из последних обзоров видов краткосрочной психотерапии (Koss & Shiang, 1994) эклектической краткосрочной психотерапии уделяется определенно больше внимания; рассматривается уже несколько ее типов, в том числе и та форма терапии, которая описывается в предыдущем издании этой книги.

Придерживаясь эклектического подхода, который предполагает приспособление психотерапевтического метода к конкретным потребностям определенного клиента и принятие того факта, что, за очень редкими исключениями, ни одна психотерапевтическая система не имеет явного превосходства над другими. Представители официальных психотерапевтических школ часто недооценивают значение многих психотерапевтических переменных.

Более того, поскольку разные виды психотерапии дают сопоставимые результаты, можно сделать предположение, что в большинстве форм

психотерапии действует ряд общих психотерапевтических переменных или факторов, которые обуславливают значительную долю достигаемых позитивных изменений, как утверждают Лэмберт и Берджин (Lambert & Bergin, 1994):

Накопление данных, свидетельствующих о наличии специфических эффектов, связанных с отдельными методами, и эффектов, общих для разных форм лечения, заставило большинство психотерапевтов обратиться к эклектическому направлению. Этот факт отражает нормальную реакцию на эмпирические данные и отказ от жесткой приверженности определенной теоретической школе.

Таблица 1. Другие подходы в психотерапии

НАЗВАНИЕ	НАПРАВЛЕННОСТЬ	ОСНОВНЫЕ МЕТОДИКИ
Гештальт-терапия	Осознание личности в целом путем разработки неразрешенных конфликтов и раскрытия тех аспектов бытия индивида, которые недоступны сознанию. Акцент на силе осознания своих чувств и поведения в данный момент.	Терапия проводится в окружении группы, но терапевт каждый раз работает с одним индивидом. Лучшее осознание достигается разыгрыванием содержания фантазий, снов или представлением двух сторон конфликта. Сочетание психоаналитического акцента на разрешении внутренних конфликтов с бихевиористским акцентом на осознании своего поведения и гуманистическими соображениями о самоактуализации.
Реалистическая терапия	Выяснение ценностей индивида, оценка текущего поведения и будущих планов в их связи с этими ценностями. Принуждение индивида к тому, чтобы принять на себя ответственность.	Терапевт помогает индивиду увидеть последствия возможного хода действий и выбрать реалистичное решение или цель. После того как план действий выбран, можно подписывать контракт, в котором клиент соглашается пройти курс терапии.

Рационально-эмотивная терапия	Замена некоторых иррациональных идей (важно, чтобы все всегда меня любили и мной восхищались; я должен быть компетентен во всем; у человека нет контроля над своей печалью и несчастьем) реалистичными. Предполагается, что когнитивные перемены вызовут эмоциональные изменения.	Терапевт критикует идеи индивида и выдвигает противоречащие им (иногда тонко, иногда прямо), пытаясь убедить его взглянуть на ситуацию более рационально. Близка к когнитивной терапии Бека, но здесь терапевт более прямо противостоит клиенту.
Трансактный анализ	Осознание намерений, с которыми индивид вступает в общение, снятие уверток и обмана, так чтобы он смог верно интерпретировать свое поведение.	Групповая терапия. Отношения внутри брачной пары или между членами группы анализируются в терминах личностной компоненты говорящего — «родителя», «ребенка» или «взрослого» (аналогично фрейдовским суперэго, оно и эго) и намерения, стоящего за сообщением. Выявляются деструктивные социальные взаимодействия и игры на предмет выяснения того, что они собой представляют.
Гипнотерапия	Снятие болезненных симптомов и укрепление процессов эго путем оказания помощи индивиду в отвлечении от реальности и конструктивном использовании воображения.	Терапевт применяет различные гипнотические процедуры, чтобы ослабить переживание конфликта и сомнений путем переключения внимания человека, скорректировать симптомы прямым внушением или вытеснением и укрепить способность индивида к преодолению ситуации.

2. Краткосрочная психотерапия

Уже многие годы ведется дискуссия о том, сколько времени должно уходить на эффективную психотерапию. Хотя Фрейд был несколько категоричен, считая, что психоанализ должен проводиться шесть месяцев в год, в перспективе, по мере усовершенствования метода, можно было бы

ожидать, что время, необходимое для психотерапии, будет уменьшаться. Некоторые из первых последователей Фрейда (Ferenczi & Rank, 1925) даже экспериментировали, пытаясь сократить продолжительность психотерапии. Однако большинство психоаналитиков относились к этим попыткам не слишком одобрительно. Фактически с ростом популярности и усовершенствованием психоанализа продолжительность психотерапии даже увеличивалась, особенно в США. Еще 40 лет назад было отмечено: «В течение последних 50 лет психоанализ становится все более массовым; продолжительность индивидуального лечения все увеличивается, достигая иногда 5, 10, а то и 15 лет» (Schmideberg, 1958).

Только совсем недавно краткосрочная психотерапия заняла подобающее ей место. Этому способствовали несколько факторов. Доминирование психоанализа и родственных ему психодинамических взглядов сформировало представление о том, что эффективная психотерапия должна быть продолжительной. Поскольку личные проблемы пациента, как считалось, развиваются в течение многих лет, на достижение ощутимых позитивных результатов требуется достаточно продолжительный период времени. Этому представлению сопутствовала убежденность в том, что пациенту можно помочь, лишь способствуя постижению неосознанных конфликтов, явившихся причиной его трудностей. Такая психотерапевтическая работа не терпела спешки; это был длительный процесс, который могло прервать лишь безнадежное положение пациента и его самостоятельный уход. Преждевременная попытка раскрытия вытесненного материала могла также привести к прорыву защит пациента и дезинтеграции личности. Кроме того, отказ от поиска источников невротических трудностей и исключительно симптоматическое лечение, в конечном счете, могли привести к возникновению замещающих симптомов. Последнее часто служило поводом для критики поведенческой психотерапии со стороны аналитически ориентированных психотерапевтов, хотя в дальнейшем критика звучала все реже.

Иными словами, эффективная психотерапия должна была быть интенсивной, реконструктивной и продолжительной. Под краткосрочной психотерапией, напротив, подразумевалась директивная психотерапия, которая считалась менее эффективной, показанной слабо мотивированным клиентам. С традиционной психодинамической точки зрения подобная психотерапия дает лишь временное облегчение.

Несмотря на эти общепринятые представления об эффективности именно продолжительной психотерапии, предпринимались попытки сократить ее длительность. Ференци и Ранк в 1920-х годах были первыми, кто стал разрабатывать сокращенную форму психотерапии (Ferenczi & Rank, 1925). Затем наиболее значимой была аналогичная попытка двух выдающихся психоаналитиков Франца Александра и Томаса Френча (Franz Alexander & Thomas M. French, 19469) — директора и заместителя директора Чикагского института психоанализа. Александер, в частности, поддерживал стремление сократить продолжительность психотерапии и повысить ее эффективность. Однако коллеги Александера не приветствовали его работу в этом направлении. По всей видимости, мало кто из психоаналитиков желал снижать «высшую пробу чистейшего золота» психоанализа, примешивая к нему «низкопробный металл» краткосрочной психотерапии. Многие аналитики предпочитали не слышать откровенные критические замечания Александера.

В последнее время многие психоаналитики, озадаченные заметным несоответствием между продолжительностью лечения, частотой сеансов и психотерапевтическими результатами, почувствовали необходимость тщательного критического пересмотра психотерапевтических факторов.

Иногда одна-две психотерапевтические беседы, полные эмоционального опыта и глубинной проработки, могут стать для пациента большим откровением, чем многомесячный анализ. Видели не одного пациента, который, под влиянием нескольких бесед, приобретал способность самостоятельно преодолевать жизненные трудности и получать опыт, ранее

ему недоступный; и этот новый опыт оказывал на его личность такое влияние, какое во многих случаях оказывал продолжительный психоанализ (Alexander, 1944).

Два года спустя, во введении к книге «Психоаналитическая психотерапия. Принципы и применение» (Psychoanalytic Therapy. Principles and Application), Александер писал: «Некоторые психоаналитики заявляют, что быстрые психотерапевтические результаты не могут свидетельствовать о глубоких изменениях в динамической структуре личности, что для достижения фундаментальных изменений требуются годы. Другие объясняют отсутствие психотерапевтических результатов длительного анализа “сопротивлением” пациента. Они удовлетворяются заявлением о том, что пациент “проанализирован не полностью”, и убеждены, что дальнейшее лечение, в конце концов, принесет желаемые плоды. А затем, если изменения все-таки не происходят, оправдывают себя тем, что называют пациента “скрытым шизофреником”» (Alexander & French, 1946).

В 1940-е годы были опубликованы еще несколько работ, в которых были отражены попытки модифицировать психотерапию с целью сокращения ее продолжительности. Фроман (Frohman, 1948), к примеру, описал использованные им в клинике методы в книге, которую он назвал «Краткосрочная психотерапия» (Brief Psychotherapy). Он придерживался в некотором отношении эклектического подхода, который адаптировал в соответствии с требованиями конкретного случая. Фроман утверждал, что обычно бывает достаточно 20–30 часов психотерапии. Однако его работа не оказала существенного влияния на теорию и практику в этой области.

Еще один вариант был предложен Херцбергом (Herzberg) в 1946 году. Херцберг назвал свой подход активной психотерапией. Одной из особенностей данного метода было то, что психотерапевт предлагал пациенту определенные задания. Хотя психотерапевт был призван играть активную роль, утверждалось, что независимость пациента развивалась благодаря выполнению им разнообразных заданий. Нетрудно уловить

сходство этого метода с такими разработанными позже приемами поведенческой психотерапии, как репетиция, выполнение домашних заданий. Согласно Херцбергу, необходимость выполнять задания не позволяет пациенту попусту тратить психотерапевтическое время и испытывать такой же комфорт, как при психоанализе. По сравнению с последним, длительность психотерапии была значительно сокращена. Несмотря на свежесть и смелость идей Херцберга, еще очень долгое время его работы нигде не упоминались. Ганс Айзенк (Hans Eysenck) указывал, что находился под большим влиянием взглядов Херцберга, но «тщетно пытался найти какие-либо упоминания [его работ] в американской литературе».

Есть и другие примеры модификаций и новых подходов в психотерапии, оставшихся практически незамеченными или получивших определенное признание только спустя годы. Отчеты об использовании методов обусловливания можно было найти в 1920-х (Franks, 1969; Yates, 1970) и в 1940-х годах (Salter, 1949), однако, по-видимому, тогда дух времени не благоприятствовал положительным отзывам о них. Только в последние 30 лет поведенческие методы стали занимать подобающее им место; кроме того, в последние годы растет популярность когнитивно-поведенческих методов.

Несмотря на описанные выше новаторские попытки, краткосрочная психотерапия до сих пор считается скорее поверхностной. Однако за последние 30 лет отношение к ней существенно изменилось. Нельзя точно сказать, что именно послужило причиной этого изменения: оказал влияние целый ряд факторов. Кратко охарактеризуем их.

В целом можно сказать, что последние годы в области психотерапии происходит популяризация и демократизация. Однако интенсивная долгосрочная психотерапия — дорогое предприятие, доступное далеко не каждому. Фактически ее может себе позволить лишь избранное меньшинство. Однако в связи с ростом потребности в психологической помощи, особенно в период после Второй мировой войны, стали предприниматься попытки модификации и модернизации психологического

обслуживания с целью удовлетворения нужд не охваченных до сих пор слоев населения. В отчете Объединенной комиссии по психическим болезням и психическому здоровью (Joint Commission on Mental Illness and Health, 1961) отмечался ряд недостатков нашей системы профилактики психических заболеваний и кадров, работающих в этой сфере. Отдельно упоминался психоанализ в связи с необходимостью длительной подготовки психотерапевтов и длительностью лечения, которые существенно ограничивали его реальный и потенциальный вклад в удовлетворение потребностей общества. «Он эффективен главным образом для лечения ограниченного числа тщательно отобранных дееспособных, не требующих госпитализации пациентов» (Joint Commission on Mental Illness and Health, 1961, р. 80). Несомненно, для районных центров по профилактике психических заболеваний, созданных в соответствии с рекомендациями комиссии для разработки более эффективных методов лечения, необходимо подготовить новые кадры.

Развитие системы профилактики психических заболеваний, начавшееся в 1960-х годах, принесло с собой ряд свежих идей, таких как кризисное вмешательство, круглосуточная служба экстренной помощи, работа консультантов из числа местного населения и лиц со средним специальным образованием и т. д. Вместе с этими попытками инновации возрос интерес к сравнительно непродолжительной психотерапии.

С развитием сети служб профилактики психических заболеваний и с увеличением масштабов подготовки работников разного профиля клиентура психотерапевтических учреждений не только расширилась, но и изменилась. Психотерапия больше не считалась чем-то, предназначенным для «богатеев или сумасбродов», если цитировать один популярный журнал. Она стала рассматриваться как метод лечения, доступный практически любому человеку, и перспективы ее развития связывались с непродолжительными психотерапевтическими встречами. В ряде форм психотерапии,

разработанных в 1960-е годы, использовался психоаналитический подход; здесь можно упомянуть некоторые из них.

Беллак и Смолл (Bellak & Small, 1965) разработали краткосрочную психотерапию, представляющую собой неотложную круглосуточную помощь. Человек, находившийся в кризисном состоянии, мог незамедлительно получить помощь, не будучи включенным в списки ожидания. Для оказания психотерапевтической поддержки в момент кризиса имеется несколько оснований.

1. Некоторые люди не склонны обращаться за помощью по окончании острого кризиса.
2. Человек, получающий поддержку в период кризиса, способен быстрее вернуться к прежнему уровню адаптации.
3. Вмешательство в момент кризиса может также выполнять превентивную функцию, предотвращая закрепление или усугубление дезадаптации.

Количество сеансов, которое использовали Беллак и Смолл, колебалось от одного до шести. Поскольку такая психотерапия крайне непродолжительна, психотерапевт должен быть особенно бдительным во взаимодействии с клиентом. Он должен быстро оценивать сильные и слабые стороны, жизненную ситуацию, а также формулировать проблему. Активная роль психотерапевта описывается следующим образом:

При краткосрочной психотерапии у психотерапевта нет времени на ожидание инсайта; он должен сам стимулировать инсайт. У него нет времени ждать прогресса, он сам должен способствовать прогрессу. А там, где эти базовые аспекты психотерапевтического процесса не обнаруживаются, он должен изобрести альтернативы (Bellak & Small, 1965).

Еще одна форма краткосрочной психотерапии была разработана группой специалистов из Психоневрологического института Лэнгли Портер (Langley Porter Neuropsychiatric Institute) в Сан-Франциско (Harris, Kalis, & Freeman, 1963, 1964; Kalis, Freeman, & Harris, 1964). Как и при других видах

краткосрочной психотерапии, акцент здесь делался на узкую направленность психотерапевтического процесса. Хотя различные формы краткосрочной психотерапии предполагают разную направленность, для всех характерна эта избирательность. Харрис и его коллеги (Harris, Kalis, & Freeman, 1963, 1964) подчеркивали, что необходимо выяснить, почему именно сейчас пациент обратился за помощью. Таким образом, психотерапевтические усилия концентрировались на актуальном кризисе, препятствующем нормальному течению жизни пациента. Психотерапия должна была проводиться в период кризиса; при этом акцентировалась активная роль психотерапевта. Хотя авторы не рассматривали краткосрочную психотерапию как метод лечения, подходящий для всех пациентов, они полагали, что семи или менее сеансов вполне достаточно по крайней мере для двух третей обратившихся к ним.

Можно упомянуть и еще одну форму краткосрочной аналитически ориентированной психотерапии, поскольку она несколько отличается от двух подходов, описанных выше. Эту форму психотерапии разработал Сифнеос (Sifneos, 1965, 1981). Данный метод создавался для ускоренной работы с лицами, имеющими неярко выраженную невротическую симптоматику. Продолжительность лечения колебалась от 2 до 12 месяцев при еженедельных встречах с психотерапевтом, в задачи которого входило сосредоточение внимания на конфликтах пациента, лежащих в основе его симптомов. Характерологические проблемы, имеющие глубокие корни (например, пассивность или зависимость), не затрагивались. Хотя роль психотерапевта сравнивалась с ролью «неэмоционально вовлеченного учителя», трудно представить, как психотерапевт может оставаться эмоционально отстраненным, если психотерапия длится целый год. Сифнеос также делает акцент на соответствующем подборе пациентов, что ограничивает практическую ценность его подхода. Кроме того, психотерапию, которая может длиться целый год, можно назвать краткосрочной только в сравнении с длительной психотерапией, а многие вообще не считают ее таковой.

В 1960-е годы появились и другие публикации, посвященные краткосрочной психотерапии, что свидетельствовало о возрастающем интересе к этому направлению (Haskell, Pugatch, & McNair, 1969; G. Jacobson, 1965; Malan, 1963; Rosenbaum, 1964; Swartz, 1969). Во многих работах указывалось, что точкой сосредоточения психотерапевтических усилий должна являться актуальная проблема или кризис. Авторы некоторых публикаций устанавливали определенные ограничения на продолжительность психотерапии или на количество психотерапевтических сеансов, что позволило выделить такие виды лечения, как психотерапия, ограниченная во времени, и краткосрочная психотерапия.

В целом психотерапия, ограниченная во времени, — это, как правило, краткосрочная психотерапия, с определенными ограничениями, наложенными на время или количество психотерапевтических сеансов. Например, клиенту с самого начала сообщают, что терапия завершится в определенный момент (например, на десятой встрече) или, что продолжительность психотерапии не превысит четырех месяцев. Так обычно происходит в исследованиях, направленных на сравнение эффективности различных форм психотерапии, однако в некоторых клинических и консультативных центрах также используются конкретные временные ограничения, и, по всей видимости, довольно успешно (G. Jacobson, 1965; Leventhal & Weinberger, 1975; Muench, 1965; Swartz, 1969). Манн (Mann, 1973, 1981) в своей работе также применяет лимит в 12 сеансов. Главное преимущество использования временных рамок заключается в том, что с самого начала оба участника знают об ограниченности запаса времени, в течение которого необходимо достичь как можно большего. Поэтому в их интересах использовать отведенное время конструктивно. Очевидно, что затягивания и бесцельные отклонения от главного при этом типе психотерапии непродуктивны.

В то же время многие психотерапевты практикуют краткосрочную психотерапию, не придерживаясь жестких временных рамок. В начале

психотерапии они могут сообщить о возможном количестве сеансов или о наиболее вероятном моменте завершения работы. При этом представления пациента о продолжительности психотерапии остаются довольно туманными, но неопределенность этого вопроса все же уменьшается. Другие психотерапевты практикуют краткосрочную психотерапию, вообще не упоминая о временных ограничениях, поскольку психотерапия естественно завершается достаточно быстро или пациент сам принимает решение о ее завершении.

В описываемый нами период проводилось несколько исследований, направленных на сравнение краткосрочной психотерапии, ограниченной во времени, и психотерапии, не ограниченной во времени. В одной серии исследований было обнаружено, что психотерапия, ограниченная во времени, не менее эффективна двух других типов психотерапии, не имеющих временных рамок (Schlien, 1957; Schlien, Mosak, & Dreikurs, 1962). В другом исследовании были получены аналогичные результаты (Muench, 1965). Таким образом, в этот отрезок времени имели место, по крайней мере, несколько исследований, обеспечивших эмпирическое подтверждение эффективности краткосрочной психотерапии, хотя этим работам и не было уделено должного внимания.

Отчет Эвнета - исследование, отчет о котором был опубликован в 1965 году, поскольку оно отражает сложившееся к тому времени отношение психотерапевтов к краткосрочной психотерапии и служит подтверждением ее эффективности. Отчет Эвнета посвящен проекту, который был осуществлен в рамках коллективного страхования здоровья в Нью-Йорке (Group Health Insurance) и заключался в попытке предложить краткосрочную психиатрическую помощь 76 тысячам людей, имеющих медицинские страховки для получения помощи другого вида. Проект поддерживался Национальным институтом психического здоровья (National Institute of Mental Health) и финансировался Американской психиатрической ассоциацией (American Psychiatric Association) совместно с Национальной

ассоциацией профилактики психических заболеваний (National Association for Mental Health). Поскольку традиционно психиатрическое лечение требует больших затрат, в пилотажном проекте лечение было ограничено 15 сеансами, хотя психиатры не получали никаких предписаний относительно типа лечения, подбора пациентов и т.д.

Для участия в исследовании были приглашены 2100 членов американской психиатрической ассоциации Нью-Йорка. Около 900 из них отказались. Большинство объясняли свой отказ следующими причинами: «Я не занимаюсь краткосрочной психотерапией», «Я занимаюсь только долгосрочной психотерапией», «Я занимаюсь только теми случаями, когда могу оказать реальную психотерапевтическую помощь, а четырехмесячное лечение не может принести ощутимых результатов» (Avnet, 1965). Другие указывали на свою убежденность в том, что в такие короткие сроки невозможно достигнуть психотерапевтического эффекта.

В проекте участвовали более 1200 психиатров, которые, по-видимому, руководствовались желанием проводить лечение, предусмотренное медицинской страховкой. Однако большинство из них были сторонниками долгосрочной психотерапии и скептически относились к краткосрочному лечению. Еще одно свидетельство недоверия психиатров к краткосрочной психотерапии — их рекомендации по поводу продолжения лечения: «Практически всем пациентам, проходившим психотерапию в течение предписанного времени (94 %), было рекомендовано продолжение лечения» (Avnet, 1965).

В свете вышесказанного интересно отметить другие результаты этого исследования. Почти 30 % участвовавших в проекте психиатров в целях быстрого получения позитивных результатов адаптировали применяемые ими методы психотерапии. Они быстрее определяли свои цели, изменяли задачи, направляли свои усилия непосредственно на симптомы и в целом были более активны и директивны. Некоторые даже рассматривали это как опыт обучения и получали от него удовольствие. Таким образом, при

определенных мотивирующих обстоятельствах некоторые психотерапевты могут использовать более гибкие и рациональные методы. То есть если в процессе обучения можно внести в практику психотерапевтов большую гибкость, новаторские приемы, социальную информированность и т. п., то появляется перспектива определенного прогресса.

Еще один интересный вывод из исследования Эвнета связан с оценками эффективности психотерапии, производимыми психиатрами, и с результатами заполнения опросников 740 пациентами примерно 2,5 года спустя после завершения психотерапии. Хотя субъективные оценки обладают сомнительной ценностью, они нередко использовались в прошлом и продолжают применяться в настоящее время (Seligman, 1996); поэтому о них стоит упомянуть. 80% пациентов заявили, что ощущают некоторое улучшение своего состояния, в том числе 17% пациентов указали на полное выздоровление. Оценки психиатров в этом отношении отличались незначительно. У 76% пациентов они обнаружили улучшение, в том числе у 10,5% — полное выздоровление. Эти результаты, несомненно, свидетельствуют о том, что эффективность данного подхода оказалась ничуть не меньше эффективности долгосрочного лечения, и удивляют еще больше, если учесть явную предубежденность психотерапевтов против краткосрочных методов психотерапии. Таким образом, несмотря на то что критерии позитивных изменений оставляли желать лучшего результаты отразили, по крайней мере, некоторую удовлетворенность динамикой со стороны участников.

Заключение

Эклектический подход – не следующий какой-то одной системе, но выбирающий и использующий из всех систем то, что считается лучшим. В экспериментальной и теоретической работе эклектический подход имеет тенденцию быть довольно свободным и неформальным. Ни одно из теоретических положений не рассматривается как универсально применимое. Если и имеется какая-то приверженность, то это выражается в попытке скоординировать и примирить разногласия между объединяемыми теоретическими положениями в поиске гармонии и синтеза.

При краткосрочной психотерапии у психотерапевта нет времени на ожидание инсайта; он должен сам стимулировать инсайт. У него нет времени ждать прогресса, он сам должен способствовать прогрессу. А там, где эти базовые аспекты психотерапевтического процесса не обнаруживаются, он должен изобрести альтернативы (Bellak & Small, 1965).

Список литературы

1. Введение в психологию. Авторы - Р.Л. Аткинсон, Р.С. Аткинсон, Э.Е. Смит, Д.Дж. Бем, С. Нолен-Хоэксема. Под общей редакцией В.П. Зинченко. 15-е международное издание, Санкт-Петербург, Прайм-Еврознак, 2007.
2. Источник: http://mirslovarei.com/content_psy/jeklekticheskij-32007.html#ixzz2iaHvhbON
3. Страх, паника, фобия: Краткосрочная терапия Автор: Нардонэ Дж. ISBN: 978-5-903182-48-0 Издательство: Психотерапия Год: 2008 Страниц: 352
4. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. – М.: Институт позитивной психотерапии, 2006. – 464 с.
5. Гарфилд С. Практика краткосрочной психотерапии. 2-е изд. 2002