

Теряя веру: необходимость нового взгляда на психотерапию

Скотт Миллер,

основатель и директор Международного центра клинического мастерства. Постоянный приглашенный лектор конференции “Эволюция психотерапии”, Чикаго, США, scott@centerforclinicaexcellence.com

Данная публикация представляет собой перевод статьи Скотта Миллера *Losing Faith: Arguing for a New Way to Think About Therapy*, впервые опубликованной в журнале *Psychotherapy in Australia* в 2004 г.: личных размышлений об эффективности психотерапии как помогающей практики с опорой на результаты эмпирических исследований.

Ключевые слова: эффективность психотерапии, развитие психотерапии, профессиональная рефлексия, обратная связь от клиента

“Расстояние между тем, что мы знаем и тем, что мы хотели бы знать, слишком велико, и не в силах терпеть это, мы наполняем его верой. К вере мы добавляем действие, а к ним обоим мы добавляем институты, которые разрабатывают, оправдывают, усиливают и увековечивают наши способы верить и действовать”

Роберт Т. Фанчер (1995), Культуры исцеления

Поездка на такси

В прошлом марте я был в Вашингтоне на ежегодной конференции журнала *Psychotherapy Networker*. Закончив свою последнюю презентацию, я быстро шел сквозь лобби гостиницы *Омни Шорхэм*. В конце мероприятия очень быстро образуется огромная очередь за такси. Поскольку мой обратный полёт в Чикаго был впритык, я заказал такси накануне.

Когда я наконец добрался до края тротуара, моего такси нигде не было. К счастью, группа участников конференции были добры и предложили мне втиснуться на заднее сидение и так уже переполненного такси. Я запрыгнул в такси и мы помчались в аэропорт Рейгана, пробираясь сквозь поток машин в центре города.

Из живого обсуждения я сделал вывод, что люди в такси работали вместе или, по крайней мере, знали друг друга. Я не слушал внимательно разговор, так как все еще размышлял, успею ли я на самолет. Но их энтузиазм был настолько заразителен, что не слушать скоро стало невозможно.

Темой разговора был диагноз посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), к которому, в свете событий 11 сентября, возродился популярный и профессиональный интерес. На одной из самых ярких презентаций конференции была представлена новая теория относительно этого состояния. Она вроде бы касалась того, как люди справляются с травмой иначе, чем животные, и это объясняло, почему у нашего вида развивается ПТСР после травматических событий, а у животных – нет.

“Да”, – продолжал один из участников разговора, – “выступающий показывал эти отрывки из фильмов National Geographic. Ну знаете, животные в Африке, в национальном парке Серенгети, и все такое”. Желая поучаствовать, другой человек вмешался до того, как первый закончил свою мысль: “Большинство этих животных живут в постоянной угрозе нападения более крупных хищников. Хотя на них беспрестанно охотятся и их преследуют, у них не развивается посттравматическое стрессовое расстройство”.

Что-то в последнем утверждении зацепило мое внимание. Я уже был настроен скептически и задавался вопросом: “Откуда они, или именно этот человек, который выступал, знают, есть ли у животных ПТСР?” Каждый, кто знаком с литературой, знает, что диагностика этого расстройства у людей сложна, и общеизвестно, что клиницисты редко достигают согласия в этом вопросе. А как иначе? Существует 175 комбинаций симптомов, по которым может быть поставлен диагноз ПТСР. Вообще-то, используя критерии DSM, два человека, у которых симптомы полностью отличаются друг от друга, могут получить один и тот же диагноз!

Тем временем первый собеседник продолжал: “Нет, не развивается. Потому что они избавляются от него, когда дрожат”. “Избавляются, когда дрожат?”, – спросила другая собеседница без тени скепсиса в ее голосе. “Да, потому что они не подавляют их естественную физиологическую реакцию на травмирующие события как мы, люди, обусловлены делать”.

Я почувствовал, как во мне растет волнение. “Ну вот опять”, – размышлял я, – “старое фрейдовское привидение, откопанное и названное другими словами”. Легко было заметить, что я был здесь чужой среди своих.

Я вернулся в воспоминаниях к ленивым воскресным вечерам, когда мы вместе с семьей смотрели телевизионную передачу “Дикое царство”. “Неужели никто из этих людей в такси не смотрел эту передачу?” Большинство животных в этой и любой другой передаче о дикой природе, которую я видел, были настолько пугливы из-за жизни на равнинах, что мне хотелось принять лекарства. Головой то вверх, то вниз, постоянно проверяя, сначала здесь, а потом там, все время начеку, пытаюсь обнаружить того, кто может их съесть. Если кто-то на этой планете и страдал от ПТСР, так это эти животные.

Я повернулся к окну, отвлекшись тем, что не мог вспомнить имя телеведущего в “Диком царстве”.

“Так, и что он сказал нужно делать в такой работе?” – спросил один из членов группы, и второй рассказчик начал описывать лечение. Для меня это звучало как вариант старой техники отреагирования. Ну вы знаете, помочь людям “разрядить заблокированные эмоции”, возвращая их к неразрешенным травмам. Единственным отличием была дрожь, которая следовала за воспоминанием или повторным проживанием травматического события.

В этот момент я начал дрожать, то есть моя голова начала ходить слева направо и затем обратно. “Нет, нет, нет, нет, НЕТ”, – говорил я себе после каждого поворота головы. И если моя реакция была хоть немного показательной, то было очевидно, что теория “дрожи” была фикцией. Мне точно не становилось ни капельки лучше. На самом деле, я чувствовал, как мое возбуждение растет.

Мне хотелось крикнуть: “Вы что все, тупые? Включите ваши головы, используйте КРИТИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ, ради Бога!” Но вместо этого, глядя из окна такси, я начал представлять себе, как эти практикующие специалисты применяют эту “новую технику” исходя из самых добрых намерений. Мои мысли теперь были пропитаны сарказмом: “Если я правильно понял ваш новый подход, вы работаете с расстройством, которое никто не может надежно диагностировать, при этом используя метод, для которого нет доказательств эффективности, основанный на аналогии с животным миром, при этом, скорее всего, в природе его не наблюдается, и этот метод вращается вокруг старой фрейдовской идеи, дискредитированной много лет назад”. Я был в ударе и ругательства сыпались из меня.

“Хммм. Звучит отлично! Похоже на историю “психо”-терапии. Нескончаемый список эфемерных фантазий, применяемых к неуточненным проблемам, с непредсказуемыми результатами, для которых необходимо тщательное обучение. Отлично. Давайте попробуем”.

Интенсивность моей реакции удивила меня. “Что такое со мной?” – задумался я. Не то чтобы я не слышал таких вещей раньше. Наша область работы была всегда полна таких штук: ложитесь на эту кушетку, поговорите с пустым стулом, сядьте этому человеку на колени, следите за движениями моего пальца туда и обратно, или один из моих собственных вкладов в эту странную разноголосицу: “Притворитесь, что произошло чудо...”

Но если я был циничен, мои коллеги были вдохновлены. В ответ на любое мое возражение я мог бы услышать от них: “Ну, может быть, вы просто мало работаете с такими клиентами, чтобы понять ценность такого лечения”. Потом они бы продолжили бы с типичным упоминанием доказательства, к которому прибегают клиницисты, когда пытаются приглушить такую критику: расхваленный “личный опыт”. “Вы пробовали? Я попробовал, и оно работает!” По крайней мере, в моем опыте так обычно происходило каждый раз, когда я оглашал свои сомнения.

Мы подъехали к тротуару аэропорта. Оплатив поездку, я быстро пробормотал “спасибо” и убежал в терминал. Да, у меня действительно оставалось мало времени до посадки, но я также хотел сбежать. Поверьте мне, в этом не было ничего личного. Последнее время я старался всеми возможными способами избегать разговоров о психотерапии.

Прозрение

Сидя на борту самолета, я спрашивал себя: “У меня депрессия? Может быть, я нахожусь в самом разгаре кризиса среднего возраста?” Потом, наблюдая за тем, как бортпроводники проводят демонстрацию по безопасности, которую я уже видел много раз, я подумал: “Черт, может быть, я просто выгорел?” Помучив безрезультатно свой мозг в поисках ответа, я достал журнал из спинки кресла передо мной и стал перелистывать страницы. Это был способ провести время без раздумий.

Быстрее, чем я ожидал, пилот объявил о нашей скорой посадке в аэропорту О’Хара. И в этот момент меня осенило. Я почувствовал, как у меня в груди все сжалось от этой мысли. Я не выгорел, не страдал депрессией и не находился во власти кризиса среднего возраста. Все было гораздо хуже. Я потерял веру. Я больше не верил в терапию...

Последовавшие за прозрением недели и месяцы были особенно мрачны. Если до него я не находился в депрессии, то сейчас я точно был на ее грани. Я всегда был влюблен в нашу профессию. Но теперь та страсть и та преданность, которые поддерживали меня в работе психотерапевтом почти два десятилетия, исчезли. Во мне не было энергии и живости. Я чувствовал себя плывущим по течению и бесполезным.

Оглядываясь назад, двигаясь вперед

Поразмыслив, я пришел к выводу, что моя внутренняя борьба не была чем-то новым, а тот вывод, к которому я пришел на борту в самолете, был предопределен заранее. С первых дней работы я удивлялся и даже завидовал уверенности, с которой большинство терапевтов брались за работу. Меня всегда одолевали сомнения; то ощущение, когда я работал с клиентами, что я пропустил какой-то самый важный день учебы в университете, когда рассказывали секрет, благодаря которому все будет получаться.

“Просто продолжай работать, все так чувствуют себя вначале” – говорил мой клинический супервизор Берн Веттер каждый раз, когда я озвучивал свою неуверенность. В той точке моей карьеры на основании того малого опыта, который у меня был, мне было абсолютно ясно, что практика психотерапии была делом, полным сложностей и нюансов, для овладения которым требовались годы самоотверженности и обучения. Проще говоря, это была неподходящая профессия для нетерпеливых. Кривая научения была длинной и крутой. Я верил в то, что при наличии времени, опыта, и конечно дальнейшего обучения, я

смогу забраться на самый верх горы. Оказавшись на вершине, я смогу уверенно протянуть руку помощи тем, кто изо всех сил пытается прийти к лучшей, более счастливой и полноценной жизни.

Оглядываясь назад, я не думаю, что моя работа начинающего терапевта была обязательной плохой. Я прилагал серьезные усилия, чтобы делать все те вещи, соответствующие и присущие терапевтам, которым меня учили: сохранять “открытую позу”, отражать чувства, избегать советов и так далее. Я устроил свой офис так, чтобы он был похожим на офисы известных терапевтов, которых я знал и которыми восхищался, добавив в помещение тепла и уюта.

Со своей стороны, клиенты не жаловались. И все же, я задавался вопросом: “Понимают ли они, что я на самом деле не знаю, что я делаю? Чувствуют ли так себя остальные терапевты? Если да, то какого черта они не говорят об этом? Является ли их видимая самоуверенность просто игрой? Если нет, тогда что со мной не так? Почему я не могу понять “суть”, так как это, казалось, получается у других?”

Берн все время парировал обнадеживающим голосом: “Это время для экспериментов. Примерь что-то, посмотри, что подходит, что нравится и не нравится клиенту. Со временем все придет”. Я ценил терпеливость и открытость Берна, в то время как мое общение с другими терапевтами далеко не всегда было настолько полно сочувствия.

Я продолжал искать, читая книги и прочёсывая статьи с исследованиями. Я также посещал регулярно организуемые семинары каждого, кто представлял из себя величину: Барбер, Эллис, Хейли, Сатир, Минухин, Майхенбаум, Ялом и Зейг – весь терапевтический алфавит. Но как я ни пытался, моя работа, казалось, никогда не достигала уровня этих специалистов. Иногда то, чему я научился, срабатывало, а иногда нет. Несколько раз те новые штуки, которые я пробовал, приводили к абсолютно катастрофическим последствиям.

Почему у меня не получалось “это”, так как, казалось, получалось у других - моих коллег, супервизоров, авторов книг и ведущих мастерских? Поскольку я всегда руководствовался выраженной рабочей этикой, я принял решение продолжать, аргументируя это тем, что настойчивость, как часто это бывало у меня в жизни, позволит мне в конце концов одержать победу.

Мне показалось, что я попал в рай, когда вскоре после аспирантуры мне удалось получить работу в Центре краткосрочной семейной терапии (BFTC) в Милуоки в штате Висконсин. Я мечтал о работе в маленькой, внутригородской клинике с тех пор, как я прочитал книгу “Ключи к решениям в краткосрочной терапии” Стива де Шейзера в рамках участия в одной из супервизорских групп, которую я посещал. В первой главе этой книги де Шейзер написал, как его мучал тот же самый вопрос, что и меня: “как вы понимаете, что именно делать?” Поиск ответа на этот вопрос был формулировкой его “raison d’être”, основным вектором его карьеры и работы в центре. Я не мог представить себе лучшего места для работы.

Забудьте то, что вы знаете или то, в чем позволили себя убедить относительно ориентированной на решение терапии. Механистическая версия, существующая сегодня, имеет очень мало сходства с работой, которая проводилась в то время, как я присоединился к команде. Напротив, рабочий процесс в BFTC был подвижным и динамичным, а атмосфера позитивно заряженной. Мы часами наблюдали за работой друг друга, чаще всего засиживались допоздна по вечерам и даже приходили в выходные, чтобы записать, просмотреть и обсудить терапевтические сессии.

С течением времени та уверенность, которую я так долго искал, постепенно начала выстраиваться. Я думал про моего прежнего супервизора, Берна. Теперь я понял, или по крайней мере думал, что понял, что он все время был прав. С опытом стало легче замечать паттерны в ходе работы, маркеры, помогающие мне понять, что происходит, и что сейчас лучше сказать и сделать. Я даже написал вместе с Инсу Берг, со-директором центра BFTC, о

том, чему я научился, в моей первой книге “Работа с людьми, имеющими проблемы с алкоголем: ориентированный на решение подход”. Я использовал процесс письма для “проработки” и прояснения моих чувств, связанных с работой и для ее лучшего понимания, и позже такой способ стал для меня паттерном.

Я до сих пор помню один из первых случаев, который я наблюдал в центре. Брат Джоэл, капуцин, живущий в Милуоки и работающий с маргинализированными людьми, привел на сессию бездомного мужчину, которому было чуть больше тридцати. Парень был настолько пьян, что несколько членов команды и я в том числе вынуждены были прийти из комнаты с односторонним зеркалом и водить его по комнате, чтобы он не уснул. Все это время Инсу продолжала работать, искусно и терпеливо вплетая терапевтическую беседу в короткие промежутки ясного сознания у клиента. Два года спустя мужчина вернулся для интервью последующего наблюдения. Честно говоря, мы даже не узнали его. Исчезла грязная и растрепанная одежда, запах и грязь улиц. Вместо этого мы увидели чисто выбритого, даже слегка щегольски одетого бизнесмена. Мы узнали, что он находился в долгосрочных отношениях и планировал свадьбу в ближайшем будущем. Теперь у него был собственный малый бизнес, свой дом, своя машина и деньги на счете в банке. Я помню, как подумал, что наш бывший клиент во многих отношениях чувствовал себя лучше, чем я. И все это стало возможным благодаря нескольким сессиям. Поскольку такие ситуации происходили регулярно, представьте себе мое изумление, когда в 1992 году два независимых исследования не смогли в достаточной мере подтвердить эмпирически ту работу, которую мы проводили. Заметьте, что отчеты не говорили, что мы неэффективны, а лишь о том, что мы были эффективны (effective) не более, чем любая другая группа или терапевтический подход. Вдобавок ко всему, те же самые исследования показали, что мы и не более продуктивны (efficient). Другими словами, мы достигали своих результатов за то же количество времени, что и все остальные. Как вы понимаете, это был сильный удар для группы, известной всему миру как Центр краткосрочной семейной терапии.

Плохие новости продолжали поступать. Глубинные интервью с нашими клиентами, успешно завершившими терапию, показали, что терапевтическая карта, которую мы так долго разрабатывали, включавшая в себя стратегии интервью, техники, домашние задания и интервенции в конце сессии, была мало связана с результатами. Хотя это и не было упомянуто в публикации результатов исследования, в действительности единственная ситуация, в которой клиенты запоминали технические аспекты нашей работы – это когда они переживали эти аспекты как вторгающиеся и неэффективные!

Разумеется, та уверенность, которая росла с того момента, как я присоединился к команде центра, сильно пошатнулась. Несколько месяцев я пытался осмыслить результаты исследований. Вызов, как мне чувствовалось в тот момент, заключался в том, чтобы не выплеснуть с водой ребенка из поговорки. Я пообещал себе, что не позволю этим результатам исказить общую картину. То, что делали терапевты, работало. Я видел это своими глазами множество раз. Моя вера в процесс терапии была на своем прежнем месте. Проблема заключалась в том, что тот конкретный способ, которым мы работали, оказался мало или вообще не связан с нашей эффективностью.

В этом отношении два исследования, проведенные в ВФТС, не оставили меня в недоумении относительно ингредиентов успешной терапии. В начале списка сильных предикторов хорошего результата были: качество терапевтических отношений, сильные стороны и ресурсы клиента и личность терапевта. Последний результат был особенно интересным. Несмотря на тот факт, что все терапевты центра работали в одном подходе, результаты значительно и последовательно отличались от одного терапевта к другому. Наиболее удивительным было то, что два самых эффективных терапевта в центре оказались аспирантами!

Возвращаясь на круги своя

Проводя время в библиотеках и разделах с научными журналами в Университете Висконсина в Милуоки, я вскоре переоткрыл для себя значительное количество исследований, подтверждающих то, что мы обнаружили в ВФТС. “Переоткрыл”, потому что в аспирантуре через меня проходили данные исследований: конкретная модель, которую использует практикующий специалист, просто не имеет значения. Исследования сторонников любого подхода, изначально разработанные для доказательства уникальных и особых эффектов этого метода, проведенные более чем за последние 50 лет, за редким исключением обнаружили отсутствие различий в результатах разных подходов.

В 1936 году в статье посвященной этой теме, Сол Розенцвейг, психолог и однокурсник Б.Ф. Скиннера в Гарварде, предположил, что за эффективность различных методов лечения отвечают скорее общие их черты, чем различия. Будучи учеником Льюиса Кэрролла, он назвал свой вывод “вердиктом птицы Додо”, позаимствовав следующую строчку из “Алисы в стране чудес”: “Победили все и каждый получит награду!”

Отталкиваясь от той идеи, на которой остановился Розенцвейг, Джером Франк в 1963 году утверждал в своей весьма влиятельной книге, “Убеждение и целительство: сравнительное исследование психотерапии”, что западные виды психотерапии работали совершенно таким же образом и по тем же причинам, что и целебные обряды в различных культурах. Будь то лицензированный психотерапевт в Милуоки, или шаман в джунглях Папуа – Новой Гвинеи, целители вселяют надежду, дают людям правдоподобные объяснения их страданиям и предлагают ритуалы для облегчения страданий.

К 80-м годам поиски определенной группы общих факторов, лежащих в основе эффективной психотерапии, прошли полный круг и вернулись в исходную точку. Основываясь на данных, полученных за 40 лет, исследователь Майкл Ламберт выявил и даже оценил вклад четырех пантеоретических факторов, влияющих на успешность. Как мы и обнаружили в исследованиях в ВФТС, терапевтические отношения и сам клиент являлись важными факторами, отвечающими за успешность, охватывая ошеломляющие 70% дисперсии результатов лечения. На последнем месте находились отдельные модели или техники, использованные терапевтом, объединенные из-за незначительности с факторами плацебо - их вклад составлял всего 15 %.

В начале моего обучения я сталкивался с исследованиями общих факторов, и тогда я не заинтересовался ими по ряду причин. Во-первых, эти данные были не сексуальны. В конце концов, насколько может стимулировать идея, что все модели работают одинаково хорошо и в основном по одним и тем же причинам? Как насчет переноса? Эдипова комплекса? Отрицания? Как насчет защитных механизмов, инсайта, семейной структуры, теории систем, двойных посланий, непрямых внушений, парадокса, самораскрытия терапевта, DSM, конфронтации, эмпатии, конгруэнтности, контакта со своими чувствами, разговора с пустым стулом, дисфункциональных мыслей, самосаботажа, нарушения химического баланса? Как насчет всех этих важных вещей, которым меня учили в институте?

Занимать роль эквивалента шамана в нашей культуре – это еще одна причина отказаться от точки зрения общих факторов. Конечно, я знал специалистов, готовых отнести свою работу к народному целительству, но я не видел, чтобы эти люди принимали оплату курами вместо денег. Нет господ, они наряду со всеми остальными терапевтами извлекали выгоду из своих профессиональных сертификатов, и заполняли формы для получения страховки. Как бы то ни было, я был ученым. Я закончил колледж и учился в аспирантуре. Когда я закончу аспирантуру, на моем дипломе будет написано “доктор наук”, а не “знахарь”.

Поскольку каждый из моих преподавателей посвящал свою работу той или иной модели терапии, а к эклектике отношение было подчеркнуто пренебрежительное, я быстро забыл об исследованиях, подтверждающих теорию общих факторов. И теперь, спустя 9 лет после начала аспирантуры и три года после защиты докторской, я чувствовал себя как

маленький ребенок, только что узнавший, что его родители покупали и клали все эти подарки под елку на Рождество. Конечно, результат был тем же самым, но теперь Санта был мертв, вернее он стал вымыслом. Короче говоря, просто не существовало волшебного метода, не существовало недостающего ингредиента, и не существовало правильного способа проводить психотерапию.

Хорошо, когда есть напарники

К счастью, за три месяца до конца моего срока пребывания в ВФТС, я познакомился с Марком Хабблом и Барри Дунканом. Мы случайно повстречались в Вашингтоне, во время посещения и выступления на ежегодной конференции Psychotherapy Networker. Слушая их выступления, я как будто встретился со своими двумя давно потерянными братьями. Несколько раз во время их выступления мне хотелось подпрыгнуть и закричать: “ДАВАЙТЕ ОБНИМЕМСЯ!” и станцевать с остальными слушателями несколько кругов кумбии. К счастью, я воспротивился этим позывам. Вместо этого я пригласил их присоединиться ко мне и выпить пива в баре Мерфис, который находился через дорогу напротив места проведения конференции.

Мы говорили о проблемах и вызовах нашей профессии, в том числе о быстром распространении новых методов и техник, заявлениях об эффективности отдельных подходов, постоянном увеличении видов поведения и затруднений, рассматриваемых как проблемы, требующие лечения. Мы также говорили о снижении уровня доходов в нашей профессии. К этому времени многие психотерапевты оказались в стесненном положении, едва сводя концы с концами. Золотой век возмещения испарился, а на его месте виднелось облако в форме гриба - управляемое медицинское обеспечение (managed care). В результате этого психотерапевты быстро превращались в “низкооплачиваемых и мало уважаемых сотрудников гигантских медицинских корпораций”, как сказал Николас Каммингс в своем прогнозе почти десятилетием раньше.

Общественность также желала чего-то нового в сфере услуг психического здоровья. Например, секции с книгами по самопомощи в местных книжных магазинах раньше были забиты под завязку фанатами самопомощи, попивающими латте из стаканчиков, но очень быстро эти секции сократились с нескольких проходов до одной, часто плохо расставленной полки с малым количеством книг. В то же время, средний американец во время заключения контракта с работодателем удивительно часто отказывался от бенефитов, связанных с психическим здоровьем. Очевидно, монета в руках была лучше психотерапевта в небе!

Достаточно скоро тема нашего разговора сменилась. Мы не были циниками. Мы были прагматиками и верили в психотерапию. Поэтому, достаточно быстро мы переключились на разговор о возможных решениях. Мы все были согласны в том, что нам не нужна была еще одна модель терапии. В зависимости от того, как подсчитывать, существовало уже от 250 до 1000 подходов. Мы рассуждали так: то, что может быть полезным практикам из разных терапевтических школ - это возможность говорить друг с другом о ключевых ингредиентах, о том что работает, в помогающих отношениях. Наши отличающиеся культуры и языки сделали нашу профессию раздробленной и теперь мы не можем делиться друг с другом, опасаясь пересекать теоретические границы, и даже не доверяем друг другу.

Записи, сделанные на салфетках, превратились в шквал статей и три книги: “Побег из Вавилонской башни”, “Психотерапия “невозможных” случаев” и “Сердце и душа изменений”. Без сомнений, все они были продолжающейся работой, одновременно отражая наше развитие как практиков, и являясь обзором исследований “того, что работает в лечении”.

Используя общие факторы как мост между различными терапевтическими подходами, мы составили базовый словарь “объединяющего языка психотерапевтической практики”. По сути, мы продвигали определенный вид обоснованной эклектики. Вместо того, чтобы посвящать себя отдельной модели или подходу, мы утверждали, что терапевты могут извлекать пользу из любой техники, стратегии или теории, если она задействует один или несколько из общих факторов и, что важно, имеет смысл в понимании клиента. Что касается

последнего пункта, данные исследования были однозначны: терапия гораздо более успешна, когда она соответствует целям клиента, его представлениям о том, как происходят изменения и его видению того, какими могут быть терапевтические отношения.

По всей видимости, наш месседж нашел глубокий отклик у практикующих специалистов. Книги продавались очень хорошо. Фактически, “Сердце и душа изменений” стала одной из самых продаваемых книг издательства и получила премию Меннингера за лучший научный труд. На наших семинарах обратная связь от участников была позитивная - даже восхищенная. Опыняющее ощущение. Но поразмыслив, я пришел к выводу, что такая реакция не удивительна. В конце концов, практикующие психотерапевты всегда старались понять, как использовать свои знания и навыки в соответствии с потребностями конкретных клиентов. По крайней мере, это было хорошей деловой практикой.

В моей собственной работе я прилагал целенаправленные усилия, следуя тому совету, что мы давали другим: буквально усадить клиента на место водителя в процессе лечения. Еще больше, чем прежде я старался отложить в сторону собственные идеи и цели, намеренно пытаясь организовать лечение в соответствии с целями и убеждениями клиента. Я больше времени слушал и меньше времени говорил или задавал “целенаправленные” вопросы. Кроме того, я старался убедиться, что мои предложения клиентам и любые интервенции вытекали из нашего с клиентом взаимодействия.

Иллюзия прогресса

Сколько бы клинического, практического и даже здравого смысла не было в наших идеях, в конечном счете, они не сильно меняли ситуацию. Результаты не улучшались. Почему? Во-первых, мы забыли, или по крайней мере отложили в сторону несколько тревожных фактов. С самого начала мы осознавали парадокс, присущий любой попытке использования общих факторов для конкретных решений в ежедневной терапевтической практике. На самом деле, не существует и не может существовать подход к терапии, основанный на общих факторах, поскольку эти факторы, по определению, являются общими для всех подходов!

Конечно, мы надеялись, что представив факторы скорее как принципы, чем строгие указания, мы сможем обойти проблему, обеспечив терапевтов гибким инструментом для подбора лечения на основе нужд конкретного клиента, но при этом не создавая модель лечения. В конце концов, исследования показывали, что практикующие терапевты верят в то, что их навык выбирать техники и использовать их с конкретным клиентом отвечает за результат терапии. К сожалению, данные свидетельствовали об обратном. Уверенность в нашей способности подобрать правильный подход для отдельно взятого клиента просто является самообманом. Действительно, принимая во внимание другие исследования, показавшие, что обучение или опыт очень мало или вообще не влияют на результаты терапии, наши надежды в начале нашей работы стали ощущаться как что-то болезненно наивное.

Приблизительно в это время я наткнулся на статью, которую я прочитал несколько лет назад, когда готовился написать книгу “Побег из Вавилонской башни”. Психолог по имени Пол Клемент собрал и опубликовал количественный анализ результатов своей работы частнопрактикующим терапевтом за 26 лет. Результаты одновременно заинтриговали и напугали меня. Хорошие новости заключались в том, что 75 % его клиентов чувствовали себя лучше в конце терапии, причем они улучшились быстро. Среднее количество терапевтических сессий за долгое время его практики было равно 12. Однако, плохие новости были, на мой взгляд, совсем плохими. Несмотря на то, что он верил - цитируя “знал”, что он “становился лучше и лучше с годами”, холодные и жесткие факты свидетельствовали о том, что он был не более эффективен в конце своей карьеры, чем он был в ее начале.

На этом месте некоторые читатели, вероятно, могут подумать: “Эй, Скотт, давай смотреть на ситуацию в целом! То, что делал Клемент в своей работе клиентами не просто работало, но еще и работало за относительно короткий промежуток времени. Ну и что, что

этот практикующий психолог не стал лучше с течением времени?” Кто мог бы оспорить этот успех? Но если мы хотим продвигаться в сторону лучших, более эффективных практик, мы должны понимать, почему работает терапия. Дьявол, или в данном случае - святой, кроется в деталях. Традиция нашей профессии громоздить модель за моделью и технику за техникой, год за годом, не дала ответа на этот вопрос. Она приводит всех нас, как Клементя, к ошибочной уверенности, что мы становимся лучше, хотя на самом деле это не так. В конце концов, иллюзия прогресса вряд ли является прогрессом.

А потом была та самая поездка в такси. Громоотвод. Точка воспламенения. Последняя капля, переполнившая чашу терпения психотерапевта. Увы, но казалось, что мы, терапевты, готовы поверить практически чему угодно. Не беря в расчет “лечение тряской” вся история нашей профессии была тому доказательством.

Профессиональные тренды

Итак, в 60-х королевской дорогой к психическому здоровью был “контакт со своими чувствами”, Карл Роджерс был главным героем того времени, шкала эмпатии Каркаффа и Труакса – стандартом хорошей практики. Появлялись и процветали подходы, обещавшие освободить эмоции человека из того, что эксперты расценивали как “культурно обусловленное рабство” для сознания: Т-группы, групповые нудистские марафоны, гештальт, первичный крик и подобные им.

Как только исследования начали показывать высокий процент несчастных случаев среди клиентов, получавших такие популярные в то время экспериментальные виды лечения, интерес к тому, чтобы “отпустить и выразить всё” был обуздан и стал сдержан. От чувств мы перешли к поведению и мыслям, а потом к дисфункциональным семьям. Скиннер, Бек, Минухин, Палаццоли и Битти, а также другие стали кумирами, а систематическая десенсибилизация, конфронтация с дисфункциональными мыслями и группы самопомощи были лучшими практиками того времени. Этот процесс продолжается по сей день, недавно трансформировавшись из “десятилетия мозга” в своеобразные “лучшие хиты профессии”, известные как “биопсихосоциальный” подход. Последний крик моды – это так называемые “энергетические терапии”; лекарства плюс виды психотерапии, основанные на доказательствах, считаются “тем, что нужно”.

Если терапевтические “открытия” конкурируют по скорости изменений с длиной юбок и шириной лацканов на французском подиуме, то как можно верить чему-либо сказанному в нашей области? Мы как погода. Если вам не нравится, как обстоят дела, то все, что нужно сделать - это подождать пять минут, и скорее всего мы уже скажем что-то другое. Помните повальное увлечение расстройством множественной личности? Где они все сейчас?

Я проходил одну из своих первых клинических стажировок в больнице, в которой было целое крыло со стационаром для лечения людей, страдающих “диссоциативными расстройствами”. “Множественные” появлялись из ниоткуда. Это было похоже на эпидемию, учитывая что в среднем каждый день в отделении находилось пациентов больше, чем количество случаев, опубликованных в литературе за последние 100 лет!

Я мог бы продолжать без конца. На самом деле, это продолжается более

300 лет, начинаясь еще со времен Бенджамина Раша. Мы, современные помогающие специалисты, расписываем преимущества движений пальцев равными промежутками туда и обратно перед глазами человека - и не забудьте когнитивное переплетение, иначе не сработает - с тем же самым апломбом, с которым эксперты в свое время сообщали о “значительном улучшении” и “возвращении к нормальной жизни” у большей части страдающих людей, привязанных к деревянной доске и раскрученных до потери сознания или неожиданно сброшенных с завязанными глазами сквозь люк в полу в бак с ледяной водой. Конечно, мы хотим думать, что мы отличаемся, что мы прошли большой путь с тех времен, что мы гораздо более продвинуты сейчас. И тем не менее, так заявляло каждое последующее поколение. Попросту говоря, это иллюзия. Те же самые исследования, которые доказывают, что терапия работает, не показывают улучшения результатов приблизительно

за последние 30 лет. Словом, мы продолжаем изобретать велосипед. Каждая эпоха описывает причины и лечение, прибегая к помощи наиболее распространенного в данный момент языка и научных знаний.

Скорее плацебо, чем панацея?

Неделями и месяцами, последовавшими за той роковой поездкой в такси, я серьезно размышлял о том, чтобы уйти из профессии. Но я задавался вопросом: чем же я буду зарабатывать на жизнь? Я попал в затруднительное положение. Вера является важным компонентом эффективной практики. Исследователи обозначают её роль в лечении как “эффект лояльности (allegiance)”, обращая внимание, что вера терапевта в эффективность своего особого подхода имеет “огромное влияние на результат”, то есть превышает в 3-4 раза строгое соблюдение правил (adherence) определенной модели или подхода. Увы, терапия была больше плацебо, чем панацеей, но ее сила заключалась почти полностью в участниках, а не в методах. Естественно, моя проблема заключалась в том, что я больше не верил.

Сначала я сомневался в том, стоит ли делиться своими переживаниями с другими практиками. Я рад, что в конце концов сделал это, поскольку я быстро узнал, что я не одинок. Некоторые были еще более обескуражены, чем я.

Другие еще верили в терапию, но уже устали от шумной рекламы, которая прилагалась к ней. По мнению таких опытных терапевтов, у профессии отсутствовала память. Старое и забытое часто преподносилось как новое, а новое не так уж сильно отличалось. Для многих то, что изначально было настолько же значимым, как призвание, со временем стало рутинной, просто еще одной работой.

Взгляд терапевта

Учитывая общую эффективность психотерапии, такие выводы могут показаться противоречивыми, но они скорее были ожидаемы. Как профессионалы, мы были поглощены собой, тем что мы делаем или должны делать. Сам по себе профессиональный дискурс был и продолжает быть подчинен вопросам о наилучшем, самом правильном и самом эффективном способе психотерапии, о последней и самой классной теории или технике, или о том, что даст нам преимущество на рынке услуг психического здоровья. Попросту говоря, все написанное практикующими специалистами и написанное для них, создает ошибочное представление о том, что мы скорее занимаемся терапией, чем бизнесом, связанном с удовлетворенностью и изменениями клиента.

К сожалению, несмотря на всю конкуренцию, преклонения колен и стенания по поводу того, чем является психотерапия, исключительно мало внимания уделялось переживаниям клиента. Например, никто в такси в тот день не спросил или даже не задумался, как клиент может отнестись к тому, чтобы начать дрожать, как дикое животное. Будет ли это унижительным? Уменьшающим чувство достоинства? Полезным? Или просто нелепым? Также не было обсуждения того, что хочет клиент, что ему может понравиться. Нет, мы говорили только о нас. Теперь мы знали, что нам делать и что им было нужно. Даже все недавние разговоры про сильные стороны клиента и сотрудничество с клиентами отдаст “нами”. Снова мы за главного, на этот раз высвобождая сильные стороны клиента и решив, что сотрудничество – это хорошая идея. По сути, с самого начала весь мой профессиональный путь как терапевта был таков: я, я, я.

Честно говоря, то, что помогло мне не бросить профессию - это переключение моего внимания, изменение направления моих поисков с себя на клиента.

Ключ – в обратной связи от клиента?

Последние несколько лет мои коллеги, Барри Дункан и Марк Хаббл, и я работали над описанием способов привнесения опыта клиентов в процесс терапии. Я соглашусь, что это не новая идея. Десятилетиями успешные бизнесы искали и использовали обратную связь от своих клиентов для развития, разработки и улучшения существующих продуктов. Они

знают, что потеря связи с клиентом, даже на короткое время, приводит к риску проигрыша в конкурентной борьбе. И все же, несмотря на повторяющиеся указания “слушать” и редкие случаи использования опросников удовлетворенности до и после терапии, в ежедневной клинической практике не используется какая-либо формализованная, постоянная или систематическая обратная связь от клиентов.

Наша собственная работа основана на двух устойчивых выводах из исследовательских работ:

1. Оценки клиентами терапевтических отношений имеют более высокую корреляцию с вовлеченностью и результатом психотерапии, чем оценки терапевтами.
2. Субъективное ощущение клиентом изменений в начале процесса лечения является одним из лучших предикторов результата независимо от терапевта или программы лечения.

Учитывая эти выводы, мы просто просим клиентов заполнить две очень краткие, но стандартные шкалы в определенные моменты на каждой сессии. Одна измеряет то, как клиент ощущает изменения или прогресс между визитами, а другая оценивает отношения [клиента и терапевта]. Весь процесс занимает примерно 2-3 минуты на каждом визите.

На данный момент мы собрали обратную связь приблизительно для 12000 случаев, или значительно больше, если наши данные объединить с данными других исследователей, работающих подобным образом, но использующих другие инструменты. Как и в предыдущих исследованиях, мы обнаружили, что конкретный подход, используемый практикующим специалистом, включая лекарственную терапию, не влияет на результат. С другой стороны, предоставление специалистам обратной связи в реальном времени имело разительный эффект. В течение полугода процент успешных случаев взлетел вверх, увеличившись на 60%. Самое важное, что эти результаты были получены без обучения терапевтов каким-либо новым психотерапевтическим модальностям, техникам или диагностическим процедурам. Фактически, отдельные специалисты были абсолютно свободны в выборе подходящего для их клиентов способа взаимодействия и были ограничены только своими творческими способностями и этикой.

Две крупные компании, предоставляющие медицинские услуги стали двигаться в этом направлении и убрали “бумажный занавес”, который отделял современную клиническую практику. Я могу лишь сказать “Пора!”, потому что все эти отнимающие время процедуры никак не влияют ни на качество, ни на результат лечения.

Появились другие увлекательные результаты. Помните исследование, упомянутое выше, в котором двое новичков-терапевтов в Центре Краткосрочной Семейной Терапии показали лучшие результаты? Прочесывая свои собственные данные в поисках факторов, влияющих на успех, мы заметили разительные отличия в результатах между терапевтами. Большинство, по определению, были средними. Меньшая часть раз за разом достигала лучших результатов, а на маленькую группу приходился значительный процент большей части негативных результатов.

Похожие различия наблюдались в зависимости от условий лечения. Клиники, сопоставимые по всем показателям – одинаковые случаи по типу и по тяжести, клиенты с одинаковым экономическим, культуральным и клиническим бэкграундом, персонал с одинаковым уровнем обучения и так далее – значительно отличались с точки зрения результата. Когда речь заходит о психологических услугах, похоже, что в отличии от медицины, “кто” и “где” являются гораздо более важными факторами успеха, чем тип осуществляемого лечения.

Если вы хотите знать, что объясняет варьирование результатов среди терапевтов и клиник, то вы не одиноки в этом желании. Нам тоже было интересно. Однако после того, как мы проанализировали данные всеми возможными способами, мы остались с пустыми

руками. Мы заметили, что терапевты, которые медленнее всего принимали и включали шкалы в свою работу, часто имели самые плохие результаты. Если рассматривать инструменты для обратной связи как “слуховой аппарат”, то это может означать что эти специалисты не слушали, и вообще-то не были заинтересованы в том, чтобы услышать клиента. Один из терапевтов заявил, что его “безусловное эмпатическое принятие” делает эти шкалы ненужными.

Правда заключается в том, что мы на самом деле не знаем, что объясняет эти различия. И честно говоря, нашим клиентам, получателям терапевтических услуг, это ни капельки не интересно. Они просто хотят чувствовать себя лучше. Для них все, что имеет значение – это результат. Это то, за что они платят.

Интересно, что наш опыт работы и опыт других исследователей, таких как Майкл Ламберт и Джеб Браун, говорит о том, что обратная связь от клиента может быть тем самым ключом.

Считает ли клиент, что терапевтические отношения ему хорошо подходят? Чувствуют ли клиенты себя услышанными, понятыми, и уважаемыми? Видят ли они смысл в том типе лечения, который им предлагается? Подходит ли им тип, уровень или количество интервенций? Если терапевт вносит какие-либо модификации в ответ на обратную связь, то меняется ли восприятие клиентом лечения? Если это так, то становится ли лучше клиенту? Если нет, тогда кому или куда его можно направить?

Позвольте мне сказать, что я не продаю наши шкалы. Вы можете скачать эти инструменты бесплатно с нашего сайта, но я бы проявил осторожность даже в этом, так как нахождение “правильного” набора шкал для конкретных условий и выборки клиентов требует времени и экспериментирования.

Будущее

Нет, дело не в шкалах или статистике. Я призываю к тому, чтобы полностью изменить то, как мы мыслим и понимаем терапию, и никак не меньше. В течение всей нашей истории мы пытались втиснуть практику психотерапии в рамки медицинской модели, все это время предполагая, что отдельные виды лечения, содержащие уникальные терапевтические ингредиенты, проводимые квалифицированными и компетентными специалистами, дадут нам лучшие результаты. Это была ужасная ошибка. Поймите меня правильно. Я бы хотел, чтобы терапия работала таким образом. Но она так не работает. Скорее раз за разом, клиенты и терапевты объединяются, чтобы понять, приведут ли эти отношения, в этот момент времени и в этом месте, по мнению клиента, к важным изменениям. Иногда это будет искра, а иногда провал. Иногда мы оба захотим и сможем внести корректировки, необходимые для контакта, а иногда нет. В некоторых случаях идеальное совпадение на бумаге просто будет оборачиваться нехваткой “химии”, необходимой для поддержания отношений в реальности. Такова природа отношений. В конце концов, никакое количество обучения или опыта не может заставить нас “вступить в брак с каждым, с кем мы ходим на свидания”.

Да, это правда. Я потерял веру в терапию. Правильнее сказать, что моя вера была неуместна с самого начала. Отчасти из-за моего обучения, отчасти из-за более широкой “конвейерной” культуры, в которой мы все живем. Я думал, что настанет день, когда я, оснащенный всеми инструментами торговли, наконец-то смогу выполнять мою работу безопасно и эффективно. Я думал, что мы ничем не отличались от других профессий. Если у врача был скальпель и рецепты, то у нас был инсайт и интервенции там, где плотник использовал молоток и гвозди, я использовал стратегии ведения беседы, домашние задания и альянс для того, чтобы помочь моим клиентам построить более удовлетворительную жизнь. Если это не работало, то поскольку я никогда не находил успокоения в приписывании терапевтических неудач сопротивлению клиентов или их патологии, то как прилежный подмастерье я задавался вопросом, какого решающего навыка мне не хватало.

В конце концов, я пришел к принятию того факта, что я не могу заранее знать, приведет ли мое взаимодействие с конкретным человеком в моем кабинете в данный день к хорошему результату. И все мои ноу-хау, годы обучения и опыта не могут дать никаких гарантий. Все наши большие теории, умные техники, даже наши самые лучшие усилия установить связь и создать контакт с другими являются пустыми - полными потенциала, да, но лишенными какой-либо силы или значимости, за исключением тех, что придают им люди сидящие напротив нас в кабинете для консультаций. Если мы думаем по-другому, то это не демонстрация нашей веры, а вообще-то тщеславие. Несмотря на обещания и потенциал, нам просто нужно начать встречу и затем спросить, чувствуют ли они связь с нами, с тем, что мы делаем вместе в данный момент. Я знаю, что они ответят нам. Теперь я также верю в то, что не важно, каков будет ответ: факты всегда будут дружелюбны.

Благодарности

Перевод Виктора Богомолова. Опубликовано с разрешения автора.

Литература

1. Berg, I. K., & Miller, S. D. (1992). *Working with the Problem Drinker: A Solution-Focused Approach*. Norton.
2. Clement, P. W. (1994). Quantitative evaluation of more than 26 years of private practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25 (2), 173-176.
3. Cummings, N. A. (1986). The dismantling of our health system: Strategies for the survival of psychological practice. *American Psychologist*, 41(4), 426-431.
4. Duncan, B. L., Hubble, M. A. & Miller, S. D. (1997). *Psychotherapy with Impossible Cases: the Efficient Treatment of Therapy Veterans*. Norton.
5. Fancher, R. T. (1995). *Cultures of Healing*. W.H. Freeman.
6. Frank, J. D. (1973). *Persuasion and Healing: a Comparative Study of Psychotherapy*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
7. Hubble, M. A., Duncan, B. L. & Miller, S. D. (1999). *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy*. American Psychological Association.
8. Miller, S. D., Duncan, B. L. & Hubble, M. A. (1997). *Escape from Babel*. Norton.
9. Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods in psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.