

Общие элементы психотерапии

В. А. Доморацкий, д. м. н. профессор, зав. кафедрой общей и клинической психологии Белорусского государственного университета, г. Минск

Несмотря на существующие теоретические различия, у психотерапии есть некое единое узнаваемое ядро, которое, объединяя различные направления и методы психотерапевтической помощи, отличает их от иных видов деятельности. Еще в 1936 г. С. Розенцвейг указывал на то, что приблизительно одинаковые результаты различных форм психотерапии можно объяснить наличием общих терапевтических факторов, к которым он отнес психологическую интерпретацию, катарсис и личность психотерапевта. В 1940 г., обсуждая возможные области соприкосновения между различными психотерапевтическими системами, столь несхожие между собой специалисты, как А. Адлер, К. Роджерс и С. Розенцвейг, смогли прийти к согласию, что общие признаки удавшейся психотерапии – это поддержка, интерпретация, инсайт, изменение поведения, хорошие терапевтические отношения и личностные качества психотерапевта [7].

В 1994 году К. Граве опубликовал результаты мета-анализа 897 публикаций с приемлемым научным уровнем, посвященных эффективности различных направлений психотерапии. На их основании он сделал вывод, что все методы психотерапии, в конце концов, реализуют одни и те же принципы действенности. Причем действенность отдельных форм психотерапии не может восприниматься как доказательство правильности теорий, которые лежат в их основе [16]. Похоже, что многие методы психотерапии действуют, но далеко не всегда лишь по тем причинам, о которых обычно говорят их основоположники и ортодоксальные последователи. Сегодня существуют достаточно веские основания полагать, что ни направленность метода, ни достижения теории, ни технические приемы не являются главными составляющими эффективной психотерапии. [6, 9, 12, 16, 18]. К настоящему времени эта точка зрения становится все более популярной среди специалистов, относящих себя к самым разным психотерапевтическим школам. И действительно, если различные психотерапевтические методы работают и приводят к примерно одинаково удачным результатам в отдаленном периоде лечения (непосредственные результаты могут существенно различаться), то они не настолько разнородны, как это может показаться на первый взгляд. Вероятно, все они имеют некоторые унифицирующие черты, являющиеся теми целебными элементами, которые отвечают за терапевтический успех. Они в той или иной степени характерны для всех методов психотерапии, не являясь специфическими ни для одного из них. Опираясь на работы ряда авторов [1, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 15], а также собственный многолетний опыт психотерапевтической работы,

мы попытались кратко систематизировать основные элементы психотерапии, которые обеспечивают ее успех, вне зависимости от того какой метод используется.

Унифицирующие факторы воздействия - общие для всех методов психотерапии элементы - можно считать основными инструментами психотерапии. На наш взгляд с определенной долей условности их можно разделить на две основные категории: *общие элементы психотерапевтического процесса и общие элементы психотерапевтических интервенций.*

К общим элементам психотерапевтического процесса, создающим необходимые условия для успешной психотерапии и во многом определяющим ее результативность, следует отнести позитивные экспектации пациента и психотерапевта, хоторнский эффект, терапевтические отношения (терапевтический альянс), десенсибилизацию к психотравмирующим обстоятельствам и снижение эмоционального напряжения пациента, идентификацию пациента с терапевтом и корректирующий эмоциональный опыт.

В психотерапии, осуществляемой вербально, общими элементами любых психотерапевтических интервенций являются те или иные формы вербального воздействия, которые осуществляет психотерапевт. Они бывают разными и зависят от предпочтений психотерапевта, его принадлежности к той или иной школе, но, присущи всем методам психотерапии. К ним могут быть отнесены: обучение (включая когнитивное научение, информирование, оперантное обусловливание, отработку адаптивных поведенческих навыков посредством их многократного повторения), использование трансовых состояний (как спонтанно возникающих во время сессии, так и специально индуцированных), поддержка, конфронтация, активизация, суггестия, помощь в понимании пациентом своих эмоций и их открытом выражении вплоть до катарсиса, принятии на себя ответственности, а также в лучшем осознании собственного тела.

Далее мы кратко остановимся на каждом из вышеперечисленных общих элементах психотерапии.

1. Позитивные экспектации пациента и психотерапевта. Известно, что результативность психотерапевтического лечения нередко зависит от ожидаемой клиентом степени его эффективности. По некоторым оценкам почти треть успешных результатов психотерапии можно объяснить тем, что и целитель и пациент твёрдо верили в эффективность лечения [7]. Но психотерапию нельзя сводить только к эффектам ожидания благоприятных изменений. Результаты целого ряда исследований неоспоримо свидетельствуют, что психотерапия почти вдвое эффективнее плацебо и «неспецифических» лечебных методов, задача которых состоит в том, чтобы вызывать в клиентах позитивные экспектации. Многие исследователи считают, что пози-

тивная экспектация – важнейшее предварительное условие для проведения психотерапии. Действительно, большинство клиентов ни за что не захотели бы принимать участие в процессе, который отнимает у них время, деньги и силы, если не ожидали бы от него какой-то отдачи, изменений к лучшему [7, 13].

2. Хоторнский эффект (особое внимание психотерапевта к пациенту ведет к улучшению состояния последнего). В классических хоторнских исследованиях (1939), посвящённых влиянию улучшения освещения на производительность труда на предприятии, впервые было замечено, что наблюдаемые улучшили свои показатели работы лишь потому, что являлись объектами изучения и получали особое внимание [20]. Исследователи часто обнаруживают, что внимание к пациенту может приводить к улучшению независимо от того, дополняется ли это внимание какими-то иными психотерапевтическими воздействиями. Так было обнаружено, что у 50% пациентов, страдающих навязчивым страхом перед публичными выступлениями, обнаружили заметное ослабление своих фобий после «лечения» плацебо-вниманием. Любопытно, что в группе, получавшей аналогичное внимание в сочетании с инсайт-ориентированной терапией было достигнуто точно такое же улучшение. И, напротив, в группе получавшей внимание в сочетании с десенсибилизацией, эффект был значительно выше [22]. Поэтому для оценки реальной эффективности того или иного метода психотерапии, в исследование необходимо включать контрольную группу, где пациентам уделяют столько же внимания, сколько и клиентам, получающим терапию, но при этом не проводят мероприятий, направленных на достижение изменений.

3. Взаимоотношения между пациентом и психотерапевтом.

Пациент обращается к терапии, находясь в сложной жизненной ситуации, испытывая душевные страдания, ощущая неспособность разрешить существующие проблемы. Он приходит к терапевту с определенной мотивацией, ожиданиями и надеждами на помощь. При этом пациент обладает целым рядом индивидуальных качеств, которые он привносит в терапию: его интеллект, социальный статус и профессиональная компетентность, убеждения и система ценностей, вербальные навыки. Терапевт также привносит в психотерапевтическое взаимодействие свои реальные качества: эмпатию, искренность, эмоциональную зрелость, знания и опыт, амбиции и ценности, личностный стиль, внешность, голос и речь. Кроме того, терапевт должен обладать достаточной степенью уверенности в том, что может оказать реальную помощь конкретному пациенту с конкретными проблемами. Терапевт и пациент взаимодействуют друг с другом. Но пока между ними не будут установлены отношения сотрудничества, терапевтический процесс будет сводиться к нулю [24]. Отметим, что еще в 1912 г. S. Freud осознав, насколько важную роль играет межличностное пони-

мание как предпосылка хорошего терапевтического климата и успеха терапии, сформулировал свою идею рабочего альянса и переноса.

Таким образом, в процессе общения психотерапевта и пациента должны сформироваться *терапевтические отношения*, которые являются фундаментом для успешной терапии. В их основе лежат уважение, доверие, рапорт, эмпатия, искренний интерес терапевта к обратившемуся за помощью и понимание его проблем. Терапевтические отношения — это эмоционально заряженная встреча между ищущим помощи и дающим помощь, в которой доверие является наиболее важным [14]. Идеальные психотерапевтические взаимоотношения рассматриваются как частный случай удачных межличностных взаимоотношений в целом [7]. И действительно, позитивное терапевтическое влияние возможно только на фоне доверительных отношений. Специальные приемы приносят пользу только в руках психотерапевта, способного наладить с пациентом личные отношения, которые побуждают пациента прислушаться к его словам и доверять им, а также помогают ему лучше понять то, что пытается донести до него психотерапевт [14].

По мнению А. Бергина и К. Ламберта (1978), наибольшую часть терапевтических результатов можно объяснить факторами, связанными с клиентами (их мотивацией и ожиданиями возможных изменений, а также тяжестью имеющегося расстройства). За вторую по объему часть итоговых изменений отвечают терапевтические отношения, и лишь за наименьшую, третью часть, — используемые психотерапевтические приемы [12]. И все-таки вопрос о стиле терапевтических отношений продолжает вызывать споры между различными школами. На одном полюсе находятся представители поведенческих подходов и нейролингвистического программирования, убежденные в том, что отношения между клиентом и терапевтом не столь важны и для эффективной работы вполне достаточно хорошей подстройки, а на другом полюсе — последователи К. Роджерса, который считал, что терапевтические отношения являются основополагающими для достижения позитивного результата психотерапии [8].

Следует признать, что независимо от используемого терапевтического метода создание поддерживающих (помогающих) отношений является характерным для психотерапии в целом [4, 18]. Помогающий альянс представляет собой такие взаимоотношения пациента и терапевта, которые способствуют продвижению пациента в направлении целей терапии [18]. Но все же, без анализа, описания и осознания всех влияющих факторов психотерапия не может быть успешной, и «помогающие отношения» не станут эффективными [19].

4. Десенсибилизация к психотравмирующим обстоятельствам и снижение эмоционального напряжения. Многократное обращение в ходе психотерапии (причём не только поведенческой) к травмирующим событиям или переживаниям оказы-

вает десенсибилизирующее воздействие, результатом которого является постепенное угасание отрицательных эмоций, связанных с негативным опытом. Снижение эмоционального напряжения также обусловлено тем, что пациент может доверять и выражать свои чувства лицу, от которого он надеется получить реальную помощь. При этом, чем выше доверие к терапевту, чем больше надежда и ожидание помощи, тем сильнее у пациента чувство облегчения [6].

5. Идентификация основана на сознательном или бессознательном стремлении пациента видеть в психотерапевте, которому он доверяет модель для подражания, в силу чего он перенимает некоторые ценности и поведенческие особенности своего терапевта.

6. Корректирующий эмоциональный опыт состоит в том, что психотерапевт, как правило, объективнее и реалистичнее, более эмпатически, чем окружение пациента, реагирует на его эмоциональные проявления и поведение. Все это дает пациенту новый эмоциональный опыт, который позволяет по-иному взглянуть на существующие проблемы и отношения с окружающими людьми, а значит, несет в себе факторы исцеления.

7. Обучение. Объяснения и интерпретации психотерапевта любой школы ведут к повышению осознания, т. е. дают пациенту понятную, значимую и рациональную основу для понимания того, почему и как возникли его проблемы, каковы пути их разрешения и что для этого необходимо сделать). Психоаналитик А. Спенс (1982) даже утверждает, что аналитическая интерпретация оказывает терапевтический эффект не потому что она истинна, а благодаря своей способности устанавливать логическую последовательность [23]. Г. Келли (1963) обнаружил, что объяснения, кажущиеся правдоподобными, хотя и не основанные на теории, часто имели терапевтическое действие [17]. Интервенции психотерапевта активизируют аналитическое мышление пациента, что часто приводит к интроспекции и выработке у него более адаптивных взглядов. Вариантом когнитивного обучения является – *информирование*, когда речь идёт исключительно о предоставлении информации пациенту, а не о понимании в более широком смысле. Пример. "Воздействие этого лекарства Вы почувствуете лишь через две недели" [1].

Другой вид обучения более адаптивным образцам поведения – *оперантное обусловливание*. Это – особый вид формирования условно-рефлекторных связей посредством явной или скрытой демонстрации психотерапевтом своего одобрения-неодобрения, поощрения-осуждения тех или других форм поведения и эмоционального реагирования пациента. «Терапевты подкрепляют то или иное поведение посредством многочисленных вербальных и невербальных актов, таких как кивок, улыбка, разворот телом в сторону пациента, заинтересованное «mmm» или прямое обращение за

дополнительной информацией. С другой стороны, терапевты стараются искоренить поведение, не считающееся желательным, посредством некомменти́рования, некива́ния или его игнорирования» [11].

С целью усвоения новых, более адаптивных поведенческих паттернов также широко используются их «мысленные репетиции» и соответствующие упражнения в ходе сессии, а также различные формы домашних заданий. По сути, это – процесс обучения, путем конструирования в воображении и/или проигрывания пациентом желательных поведенческих паттернов в ситуации психотерапевтического сеанса, с последующей реализацией и закреплением вновь приобретенных навыков в повседневной жизни.

8. Поддержка. Предполагает высказывания и другие действия психотерапевта, выражающие поддержку и принятие пациента, заботу о нем, способствуют возникновению у него доверия к терапевту, надежды и положительных ожиданий, уменьшению чувства вины [1]. Поддержка терапевта во многом способствует установлению продуктивных терапевтических отношений и помогает пациенту обрести чувство безопасности, которое ему необходимо, для того, чтобы справляться со своими проблемами.

9. Понимание эмоций: речь идет о выявлении, анализе и разъяснении чувств пациента, их качеств и нюансов. Этот подход отличается от «переживания эмоций» (далее) тем, что в данном случае задача психотерапевта состоит не в том, чтобы предоставить пациенту возможность свободно выразить эмоции, а чтобы помочь их проанализировать и уяснить. Выявляется не содержание чувств, а только их наличие. Пример, "Можете Вы сказать точнее, какое именно чувство Вы только что испытали? Гнев или печаль?" [1].

10. Переживание эмоций: побуждение пациента к открытому выражению эмоций, вплоть до катарсиса. Раскрепощение эмоций способствует снижению в ходе психотерапии внутреннего напряжения пациента, что уже само по себе вызывает у него облегчение [1, 5].

Понятие катарсиса впервые использовал Аристотель, который утверждал, что через сочувствие и страх трагедия добивается катарсиса, т. е. очищения духа. Со времен выхода в свет в 1885 году трактата Д. Брейера и З. Фрейда по лечению истерии, многие психотерапевты пытались помочь пациентам избавиться от подавленного аффекта через катарктическое отреагирование, вслед за которым следовало уменьшение аффективного напряжения и чувство облегчения. Как указывает И. Ялом (2000), катарсис может играть важную роль в терапии, но одного лишь отреагирования часто бывает недостаточно. На протяжении жизни все мы испытываем порой очень сильные эмоциональные переживания, однако далеко не всякое переживание ведет к из-

менению [11]. Тем не менее, катарсис как лечебный фактор используется во многих психотерапевтических методах.

11. Активизация. воздействие, способствующее той или иной активности пациента. Например: «Подумайте, что можно сделать по-другому в этой ситуации?»

12. Конфронтация. Позволяет показать пациенту его прежнее или теперешнее поведение, или же поведение, которого он избегает с целью сделать такое поведение понятным для него самого или же поставить под вопрос целесообразность такого поведения. Пример. "Когда Вы об этом говорите, Вы всегда выглядите подавленным. Понимаете, Ваше истинное отношение выдает именно это" [1].

13. Состояние транса. В гипнотерапии для его достижения используются специальные трансовые индукции. Транс может быть получен при применении особых дыхательных техник. Спонтанные погружения в транс могут наблюдаться у пациентов при использовании самых различных психотерапевтических приемов, предполагающих концентрацию внимания на телесных ощущениях или образах, работу с воображением и даже в ходе обычной беседы. Поскольку в трансовом состоянии активизируются бессознательные процессы, повышается внушаемость, снижается сопротивление, умение психотерапевта (даже формально не практикующего гипноз) замечать у пациента минимальные признаки транса, и использовать измененные состояния сознания для целей терапии, повышают ее эффективность, часто вне зависимости от способов наведения, глубины и продолжительности гипнотического транса.

14. Суггестия (внушение). Может осуществляться явно или скрыто. Внушение – терапевтический фактор, присутствующий во всех видах психотерапии (даже в тех школах, которые пытаются это отрицать). В одних случаях, например при проведении гипнотерапии, прямые или косвенные внушения являются важнейшей составляющей психотерапевтических интервенций. В других – суггестивный акцент в психотерапии менее выражен. Но «всякий раз, когда психотерапевт представляет суть своего метода и подразумевает или открыто формулирует, что пациент почувствует себя лучше, если последует этой терапевтической модели – будь она динамической, гештальтистской или бихевиоральной – он использует внушение» [6]. Кроме того, известно, что чем сильнее вера пациента в специалиста, чем выше его идеализация, тем больший круг терапевтических действий обладает суггестивным потенциалом и тем мощнее воздействие внушений.

15. Принятие на себя ответственности. Интервенции, направленные на то, чтобы побудить пациента принять ответственность или часть ответственности за сложившуюся ситуацию, взаимоотношения с окружающими, себя лично и свои поступки. П р и м е р. «Как Вы считаете, какова мера вашей личной ответственности в сложившейся ситуации?» [1].

. **16. Осознание тела.** Здесь психотерапевтическое воздействие, побуждает пациента к концентрации на ощущениях своего тела и его частей. Пример. "Дышите глубоко и спокойно, почувствуйте, как постепенно тяжелеет Ваше тело. Теперь сосредоточьте всё своё внимание на подложечной области. Какие сейчас ощущения вы испытываете там?» [1].

Отдельного внимания заслуживают психотерапевтические техники, которые часто включают в себя сразу несколько общих элементов психотерапии, и не могут быть отнесены к унифицирующим факторам воздействия. Более того, технические приемы, разработанные в рамках тех или иных направлений психотерапии, скорее подчеркивают отличия между ними, нежели указывают на сходство. Вместе с тем, общим является сам факт использование разного рода техник большинством психотерапевтических школ, а также признание очевидной пользы от их адекватного применения. Любая техника представляет собой систематическую процедуру, посредством которой решается та или иная комплексная или научная задача. Это тщательно разработанный план действий, основанный как на теории, так и на практических наблюдениях. Каждая техника имеет определенную цель и должна использоваться в подходящих для нее обстоятельствах [10].

Применение той или иной техники предполагает, что, выполняя ряд конкретных приемов, предписаний и предложений, которые исходят от психотерапевта, пациент совершит серию действий (в воображении или в реальности), в результате чего он сможет лучше понять свое поведение, изменить его в позитивную сторону или освободиться от тревожащих его симптомов. Практически все создатели техник отталкиваются от представления, что если у человека имеется А (нежелательное поведение или симптом), то вводится определенная последовательность событий или шагов В (собственно техника), и на выходе получается С (желаемый результат) [11].

Существуют различные, порой диаметрально противоположные точки зрения о роли техник в достижении терапевтического эффекта. Так, по мнению группы экспертов, наибольший вклад в результаты психотерапии вносят личностные качества пациента (в частности, его мотивация к изменению), на втором месте находятся личностные параметры психотерапевта и лишь на третьем – использование определенных психотерапевтических техник [12]. К. Роджерс (1982) считал наиболее важным элементом в психотерапии позитивные взаимоотношения между терапевтом и клиентом, основанные на эмпатии и безоценочном принятии [8]. Иную точку зрения представляет А. Бек (1990), по словам которого «коммуникация – это почва для эффективной психотерапии, но именно техники приводят к росту на этой почве того, в чем нуждается пациент, т. е. ведут к позитивным изменениям. Проблема состоит в том, чтобы адекватно применять соответствующие вмешательства к соответствующему пациенту и соответствующим

нарушениям» [2]. Автор концепции технического эклектизма А. Лазарус убежден в том, что техники взятые из различных дисциплин только обогащают арсенал клинициста. Причем терапевт, оставаясь в рамках теоретических воззрений определенного направления психотерапии, в подходящих случаях вполне может заимствовать технические приемы у других школ, поскольку они часто работают по причинам не связанным с теориями их породившими [5]. Как бы там ни было, но сегодня существуют как психотерапевтические подходы, эклектично использующие множество различных техник [1, 3, 14, 20], так и те, которые по-прежнему делают основной упор на качестве отношений между пациентом и терапевтом. По нашему мнению, при наличии хорошего терапевтического контакта, умело примененные техники, адекватные имеющимся у пациента проблемам, способны катализировать психотерапевтический процесс, способствуя скорейшему достижению желательных изменений.

К вышеперечисленному, конечно же, следует добавить наличие вызывающего доверие, эмпатичного, профессионально подготовленного психотерапевта, который способен результативно использовать вышеуказанные элементы психотерапии в своей работе. При этом у каждого психотерапевта, несомненно, имеются способы коммуникации с пациентами, которым он отдает предпочтение и чаще применяет. Однако опытный психотерапевт, вне зависимости от своей теоретической ориентации, в той или иной мере задействует большинство неспецифических факторов, что во многом и определяет эффективность проводимой им психотерапии.

Список литературы

1. Блазер А., Хайм Э., Рингер Х., Томмен М. Проблемно-ориентированная психотерапия. Интегративный подход: Пер. с нем. – М.: Нез. фирма «Класс», 1998. – 272 с.
2. Бек А. Когнитивная терапия // Эволюция психотерапии. В 4 т.: Пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс». 1998. Т. 2. – С. 304–330.
3. Гарфилд С. Практика краткосрочной психотерапии. 2-е изд.: Пер. с англ. – СПб.: Питер, 2002. – 246 с.
4. Коттлер Дж. Совершенный психотерапевт. Работа с трудными клиентами: Пер. с англ. – СПб.: Питер, 2002. – 352 с.
5. Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия: Пер. с англ. – СПб.: Речь, 2001. – 256 с.
6. Мармор Дж. Психотерапевтический процесс: общие знаменатели различных подходов // Эволюция психотерапии. В 4 т.: Пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс». 1998. Т. 2. С. – 117–131.

7. Прохазка Дж., Норкросс Дж. Системы психотерапии. Пособие для специалистов в области психотерапии и психологии. – СПб.:прайм-ЕВРОЗНАК, 2005. – 384 с.
8. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. — М.: Издательская группа «Прогресс», «Универс», 1994. — 480 с.
9. Тодд Дж., Богарт А. К. Основы клинической и консультативной психологии / Пер. с англ. – СПб.: Сова, М.: Изд-во ЭКСИМО-Пресс, 2001. – 768 с.
10. Шерман Р., Фредман Н. Структурированные техники семейной и супружеской терапии: Руководство: Пер. с англ. – М.: Нез. фирма «Класс», 1997. – 336 с.
11. Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии: Пер. с англ. – СПб.: Изд. «Питер», 2000. – 640 с.
12. Bergin A. E., Lambert M. I. The evaluation of therapeutic outcomes // Handbook of psychotherapy and behavior change: An Empirical Analysis / Eds. S.L. Garfield, A.E. Bergin. 2nd ed. N. Y.: Wiley. –1978. – p. 357.
13. Beitman B. D., Goldfried M.P., Norcross J. C. The movement toward integrating the psychotherapies: an overview //American Journal of Psychiatry. – 1989. – Vol. 142. – P.138–147.
14. Frank J. D. Therapeutic components shared by all psychotherapies // The Master Lecture Series: Psychotherapy research and behavior change. Waschington: American Psychological Association. – 1982. – Vol. 1. – P.73–122.
15. Garfield S. L. Eclecticism and integration in psychotherapy: Developments and issues // Clinical Psychology: Science and Practice. – 1994. – Vol. 1. – P. 123–137.
16. Grawe K., Donati R., Bernauer F. Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe–Gottingen–Bern–Toronto–Seattle. – 1994. — 337 p.
17. Kelly G.A. A theory of personality. New York: Norton. – 1963. – 197 p.
18. Luborsky L., Crits-Christoph P., McLellan A. Do therapists vary much in their success? Findings from four outcome studies //Amer. J. of Orthopsychiatry. – 1986. – Vol. 56. – P.501–512.
19. Luborsky, L. Who will benefit from psychotherapy? NY: Basic Books.–1988. – 221 p.
20. Mayo E. Hawthorne and the Western Electric Company // The Social Problems of an Industrial Civilisation. Routledge. – 1939. – 313 p.
21. Norcross J. C., Newman C. F. Psychotherapy integration: Setting the context // Handbook of psychotherapy integration. New York: Basic Books. – 1992. – P.3–45.
22. Paul G. Strategy of outcome research in psychotherapy // J. of Consulting psychology. – 1967. – Vol. 31. – P.109–118.

23. Spence A. (1982). Narrative truth and theoretical truth // Psychoanal. – 1982. – Vol. 51. – P. 43-69.
24. Wolberg L. The technic of short-term psychotherapy // Short-Term Psychotherapy, ed. L. Wolberg. New York: Grune and Stratton. – 1965. – P.127–200.

Общие элементы психотерапии

Доморацкий В. А., Белорусский государственный университет, г. Минск

Автором предпринята попытка кратко систематизировать основные элементы психотерапии, которые обеспечивают ее эффективность вне зависимости от того какой психотерапевтический метод используется. С определенной долей условности их можно разделить на две основные категории:

1. Общие элементы психотерапевтического процесса: позитивные экспектации пациента и психотерапевта, хоторнский эффект, продуктивные терапевтические отношения, десенсибилизация к психотравмирующим обстоятельствам и снижение эмоционального напряжения пациента, его идентификация с терапевтом, корректирующий эмоциональный опыт.

2. Общие элементы психотерапевтических интервенций: обучение, включая когнитивное научение, информирование, оперантное обусловливание и отработку адаптивных навыков посредством их многократного повторения; использование трансовых состояний (как спонтанно возникающих во время сессии, так и специально индуцированных); поддержка; конфронтация; активизация; суггестия; помощь в понимании пациентом своих эмоций и их открытом выражении, принятии на себя ответственности, а также в лучшем осознании собственного тела.

К вышеперечисленному следует добавить вызывающего доверие, эмпатичного, профессионально подготовленного терапевта, который способен умело использовать эти элементы психотерапии в своей работе.

Ключевые слова: элементы психотерапии, психотерапевт, пациент.

The common elements of psychotherapy

Domoratsky V.A. M. D., Dr. Sci., Professor, chairman of Basic and clinical psychology dept., Belarusian State University

The paper attempts to systematize the basic elements of brief psychotherapy, which ensure its effectiveness, regardless of any psychotherapeutic method used. In our view with a certain degree of conditionality can be divided into two main categories:

1. Common elements of psychotherapeutic process: positive expectations of patient and therapist, Hawthorne effect, productive therapeutic relationship, desensitization to stressful

circumstances and reduce emotional stress the patient's identification with the therapist, corrective emotional experience.

2.The common elements of psychotherapeutic interventions: the training, the use of trance states (spontaneously occurring and induced specifically) support, confrontation, activation, suggestion, help in understanding their patient's emotions and their expression, acceptance of responsibility, at best, awareness of own body. Of course, for the successful psychotherapy requires well-trained, empathic therapist who inspires confidence.

Key words: the elements of psychotherapy, the therapist, the patient.