

поведенческой терапии данный вопрос неоднократно рассматривался в статьях и книгах (e.g., Kazantzis, Cronin, Dattilio, & Dobson, 2013; Kazantzis, Dattilio, & Dobson, в печати). О роли терапевтических отношений идут жаркие споры. Одни утверждают, что именно этот фактор ответственен за большую часть терапевтических изменений; другие называют его «необходимым, но недостаточным» для достижения прогресса (А. Т. Beck et al., 1979). Хорват, Дел Ре, Флюкигер и Саймондс (Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011) провели метаанализ исследований терапевтических отношений в контексте разных подходов и выявили умеренные, но надежные отношения между альянсом и результатом психотерапии — независимо от модели психотерапии. КПТ критикуют за недостаточное внимание к межличностным факторам — этот вопрос мы подробно рассмотрим в разделе «Мифы о когнитивно-поведенческой терапии».

Терапевтический альянс — важнейший элемент совместного эмпиризма, и оба эти явления играют ведущую роль в эффективной когнитивно-поведенческой терапии. Для создания крепкого терапевтического альянса требуется ряд факторов, значимость которых подтверждена эмпирическими исследованиями: это тепло, эмпатия, безусловное положительное отношение и уважение к клиенту (см. Castonguay & Beutler, 2006). Более подробный разбор эмпирически выделенных факторов, связанных с межличностными отношениями в КПТ, представлен в главе 13. Понимание внутренней реальности клиента, демонстрация тепла и заботы о его благополучии, создание рабочего альянса на основе сотрудничества необходимы для успешной когнитивно-поведенческой терапии. *Рабочим альянсом* называют согласие между клиентом и специалистом относительно терапевтических целей и задач, выполнение которых позволит этих целей достичь, а также формирование связи между терапевтом и клиентом (Borden, 1979).

Ниже будут рассмотрены формы применения данных принципов в отношениях, формирующихся по ходу КПТ. Мы предполагаем, что у читателей книги есть опыт обучения, прохождения супервизий и практического использования навыков формирования терапевтического альянса с клиентами. Поэтому не разбираем терапевтические факторы, которые являются общими для всех форм психотерапии, и не говорим о том, как развивать терапевтические отношения в целом; вместо этого сосредоточимся на особенностях когнитивно-поведенческой модели.

Роль психотерапевта

Клиенты хотят, чтобы работающие с ними специалисты были экспертами в оказании психотерапевтических услуг и вели себя профессионально (что подразумевает, среди прочего, наличие четких профессиональных границ и отличных навыков общения). К когнитивно-поведенческим психотерапевтам предъявляется ряд требований относительно межличностного взаимодействия, в которых нужно соблюдать баланс, сохраняя чувствительность к потребностям клиентов и их возможным эмоциональным реакциям, равно как и к собственным реакциям, автоматическим мыслям о клиентах, сессии и психотерапии в целом.

МИФЫ О КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

«Когнитивно-поведенческие специалисты обычно не используют межличностные процессы (например, эмпатию или самораскрытие) в терапии, поэтому кажутся равнодушными и “техничными”. В КПТ терапевтические отношения не важны.»

Обычно КПТ строится вокруг облегчения симптоматики клиентов через когнитивные и/или поведенческие изменения. Иными словами, внимание сосредоточено на результате, а не на процессе терапии. Или даже так: в КПТ терапевтические процессы всегда на службе клинических результатов. Более того, в публикациях, посвященных результатам психотерапии, часто большее внимание уделяется аспектам лечения, «характерным для отдельных направлений», в то время как важность «неспецифических» общих факторов занижается. В исследованиях упор делается на техники (например, поведенческую активацию или когнитивную реструктуризацию), а не на связанные с отношениями факторы, которые позволили достичь терапевтических изменений. В результате неспецифические факторы (например, терапевтический альянс, ожидания клиентов и терапевтов, продолжительность и формат лечения) скорее контролируются, а не изучаются напрямую. В результате возникают мифы, которые распространяются и в клинической практике, и в теоретической литературе: представления о том, что эти факторы эквиваленты независимо от психотерапевтических школ или что в КПТ они не используются, а значит, терапевтический альянс и другие общетерапевтические факторы в когнитивно-поведенческой работе менее важны, чем в любой другой. Следовательно, появляется допущение, что когнитивно-поведенческая работа скорее представляет собой применение техник и обучение клиента, чем *выстраивание отношений с ним*.

Однако почти во всех книгах по когнитивно-поведенческой терапии подчеркивается важность терапевтических отношений (альянса) в достижении результатов. Это касается и первой публикации А. Бека с коллегами (1979), где перечислены «необходимые, но не достаточные для достижения оптимального терапевтического результата характеристики» специалиста: теплота, уместная эмпатия и искренность (с. 45). Кроме того, публикуются работы, в которых освещены вопросы выстраивания отношений с клиентами в более сложных случаях (J. S. Beck, 2005), работы с сопротивлением в КПТ (Leahy, 2001), разработки межличностной модели в когнитивной терапии (Safran & Segal, 1990). Считается, что чем больше у клиента межличностных проблем, тем сильнее должен быть упор на психотерапевтические отношения (например, Young, Klosko & Weishaar, 2003).

Основываясь на большом обзоре результатов исследований поведения психотерапевтов и клиентов в КПТ, Кейджерс, Шаап и Худин (Keijsers, Schaap & Hoogduin, 2000) пришли к заключению, что когнитивно-поведенческие специалисты используют межличностные навыки в том же объеме, что и представители других теоретических направлений. Так, не выявлено существенных различий в частоте использования самораскрытия терапевта — по сравнению с инсайт-ориентированной терапией; как и связь между самораскрытием и результатами. Более того, «терапевтические отношения в КПТ [когнитивно-поведенческой терапии] характеризуются более активной и директивной позицией терапевта, а также более высоким уровнем эмоциональной поддержки, по сравнению с направлениями, ориентированным на инсайт» (с. 284–285). Говарт и коллеги (Horvath et al., 2011) также провели несколько исследований, в ходе которых пришли к заключению о существовании надежной связи между терапевтическим альянсом и результатами психотерапии. При этом первое исследование показало, что (негативные) факторы, связанные с отношениями, в большей степени помогают предсказать преждевременное прекращение психотерапии, нежели ее конечный результат. Многие клиенты, прошедшие терапию в необходимом объеме, предоставляют информацию об удовлетворенности работавшими с ними специалистами и терапевтическим альянсом. Крейгхед, Шитс, Бьйорнсон и Арнарсон (Craighead, Sheets, Bjornsson & Arnarson, 2005) утверждают: споры вокруг специфичности и неспецифичности факторов эффективности психотерапии, затрагивающие в том числе тему терапевтического альянса, являются отличным примером дихотомического мышления по А. Беку: «Установление преимущества не равно установлению специфичности» (р. 190). Авторы указывают, что сильный терапевтический альянс является одним из основополагающих ингредиентов во всех психотерапевтических направлениях, а также что неспецифические и специфические переменные неразрывно связаны. Так,

шкалы, измеряющие компетентность, обычно оценивают неспецифические факторы. Например, Шкала когнитивной терапии (см. приложение А) включает в себя шесть пунктов, связанных с общими терапевтическими навыками, а также пять более специфичных для данного направления навыков (Young & Beck, 1980). Следовательно, компетентность КПТ-специалиста предполагает наличие у него развитых неспецифических навыков — понимания, эмпатии, теплоты и искренности, — а также умения реагировать на вербальную и невербальную обратную связь клиента.

Голдфрид, Буркелл и Ойбанкс-Картер (Goldfried, Burckell & Eubanks-Carter, 2003) утверждали, что самораскрытие является эффективным инструментом для укрепления альянса и стимуляции изменений в КПТ. При этом особенных отличий в частоте использования самораскрытия среди когнитивно-поведенческих специалистов и представителей подходов, ориентированных на инсайт, замечено не было. Вопреки мифам, на данный момент нет данных, которые подтверждали бы, что когнитивно-поведенческие специалисты техничны, холодны или поверхностны в работе (Keijsers et al., 2000).

«Экспертность» и «равенство»

Вы — эксперт в ряде вопросов: когнитивно-поведенческом подходе, оценке нормального и ненормального психологического функционирования, конкретных расстройствах и сложностях. В начале терапии мягко демонстрируйте свою экспертную позицию: опишите области своих компетенций и опыта. Если клиент задаст относящийся к лечению вопрос, отвечайте на него максимально полно. Если не можете сразу дать интересующую клиента информацию о расстройстве или психотерапии, можно честно ему об этом сообщить и, если возможно, собрать необходимые данные, вынести их на обсуждение на следующей сессии. Ведь экспертность в какой-либо области не делает экспертом в отношении состояния конкретного человека. Сам клиент тоже наверняка является экспертом в каких-то областях, не имеющих отношения к лечению; признание этого позволяет выстраивать равные отношения между двумя специалистами, обладающими разными навыками и вместе решающими определенные проблемы. Такое взаимодействие способствует активному вовлечению клиента в терапевтический процесс.

Отношения между когнитивно-поведенческим психотерапевтом и клиентом не могут быть полностью равными, потому что клиент обращается к специалисту за экспертной, профессиональной помощью. Вы должны понимать, что многие будут считать вас влиятельным