



ЛЕКЦИЯ 28. ПРОБЛЕМЫ В ХОДЕ ПСИХОТЕРАПИИ: ОШИБКИ, ТУПИКИ, ВРЕДНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ И НЕГАТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Определения	2
Статистика	2
Типичные негативные эффекты (NGP).....	2
Негативные эффекты в наркологии.....	3
Негативные эффекты в форме соматического заболевания, суицида или несчастного случая	3
Терапевтическая ошибка как следствие процесса взаимодействия клиента и терапевта	4
Факторы клиента	4
Факторы терапевта – терапевтический нарциссизм (Arthur Freeman)	5
Факторы терапевта – терапевтический нарциссизм (Arthur Freeman) 5	
Случай Бруно Беттельгейма 6	
Факторы терапевта – контртрансфер (NGP) 7	
Факторы терапевта: список интервенций, которые способствуют преждевременному прерыванию терапии 7	
Эффекты взаимодействия «терапевт-клиент»	8
Ошибки, связанные с пересечением границ	8
Ошибки начинающих терапевтов	9
Реагируя на ошибку.....	10
Реагируя на ошибку: динамика.....	10
Реагируя на ошибку: саморефлексия	11
Реагируя на ошибку: подход Марко Мацетти	12
1. Признание ошибки. 12	
2. Сотрудничество с пациентом. 12	
3. Осознание общих ошибочных паттернов. 12	
4. Искреннее извинение за ошибку. 13	
5. Идентификация лечебного значения ошибки. 13	



ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Негативные эффекты терапии (*вредные последствия, неблагоприятные явления*): Любое неблагоприятное явление в жизни пациента, независимо от наличия/отсутствия связи проводимой терапией с неблагоприятными явлениями (цит. Агибалова Т.В., Шустов Д.И., Тучина О.Д. //Психотерапия наркологических заболеваний.- Наркология: национальное руководство.-М.:ГЭОТАР-Медиа, 2016 – Гл. 10.-с. 688-750)

Терапевтические ошибки

1. Ошибки – «просто некомпетентность, неспособность ни завершить, ни отказать» (Collins, 2003);
2. «Трудности с эмпатией и присоединением при игнорировании каких-то важных для терапии аспектов пациента» (Mazzetti, 2012)

Тупики в терапии

Тупик – патовое состояние, которое тормозит прогресс терапии, и в то же время содержит надежду...Подчеркивают полезность тупика для будущего анализа, так как «тупик-стимул для инноваций» и его следует отличать от объективных ошибок терапии (Goldberg, 2012). Различают 3 типа тупиков: (1) отыгрывание, препятствующее прогрессу анализа; (2) негативные терапевтические реакции; (3) анти-инсайт (цит. по Goldberg, 2012)

СТАТИСТИКА

Считается, что 1/3 всех терапевтических случаев содержат ошибки и даже при успешном завершении терапии в 10% случаев происходит рецидивирующее ухудшение состояния (Striker G., 1995 цит. Northern Guild for Psychotherapy, UK - NGP)

От 30-60% случаев психотерапии завершаются преждевременно, так что клиенты переживают «неудачу терапии», причем 50% этих завершений приходится на первый месяц терапии. Кстати, таких клиентов терапевты называют «склонными к исчезновению» или «клиентами, инициирующими завершение» (цит. Piselli A.T. What Went Wrong? Therapists' Reflections on Their Role in Premature Termination (2010). Masters Thesis 1911- February 2014. Paper 379. University of Massachusetts)

ТИПИЧНЫЕ НЕГАТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ (NGP)

1. Усиление симптомов (может быть частью процесса и свидетельствовать о прогрессе)

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 28. Проблемы в ходе психотерапии: ошибки, тупики, вредные последствия и негативные эффекты.

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ
2019 год.



2. Появление новых симптомов (когда затрагивается вторичная выгода; при использовании защит, м.б. нужно предупреждать клиента заранее; когда клиент осознает и отказывается от защит – это является точкой невозврата плохого состояния)

3. Злоупотребление лечением со стороны клиента (клиент использует ПТ, компенсируя свои потребности наказывать родственников или получить часы терапии (у студентов) и т.д.)

4. Клиент загоняет себя и терапевта, захлестывая процесс, желая получить быстрый эффект

5. Клиент лишается иллюзий и разочаровывается в терапии, поскольку происходит демистификация ПТ, которая предполагает работу, а не облечение волшебством терапевта

НЕГАТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ В НАРКОЛОГИИ

1. Выход из программы лечения после купирования синдрома отмены (недостаток альянса)

2. Использование полученных в процессе психотерапии навыков, знаний в формировании негативных стратегий поведения и искажения внутренней картины болезни, включение знаний в систему аддиктивного алиби («я пью и буду пить, так как я больной», «Я буду колоться, это мой выбор...», «долги не отдам, ведь я болен»)

Потеря веры больного в лечение («Я никогда не смогу решить все проблемы, лучше пить ...») – эффект связан с терапевтической ятрогенией, когда врач преувеличивает соматические и другие последствия аддикции, вызывая эмоцию страха

Рецидив заболевания на поздних этапах при недооценке ресурсов пациента при переходе к глубинной терапии

(Агibalова Т.В., Шустов Д.И., Тучина О.Д. //Психотерапия наркологических заболеваний. - Наркология: национальное руководство.-М.:ГЭОТАР-Медиа, 2016 – Гл. 10.-с. 694-695)

НЕГАТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ В ФОРМЕ СОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ, СУИЦИДА ИЛИ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ

1. **Зигмунд Фрейд** приводит случай девочки, которую он упорно лечил от истерического невроза, проявляющегося болями в животе, игнорируя другие факты, указывающие на саркому

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 28. Проблемы в ходе психотерапии: ошибки, тупики, вредные последствия и негативные эффекты.

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ



2. **Альберт Эллис** указывает на ряд ошибок, которые повлекли с за собой суицидальную попытку его пациента Джефа: (1) он не распознал эндогенную депрессию, плохо собрав семейный анамнез; (2) он недооценил значения приема антидепрессантов; (3) не последовал желанию пациента участвовать в терапии вместе с женой (*Eddington, Shuman. Famous Therapists Errors //2016 Continuing Psychology Edu Inc P.O. Box 9659 San Diego*)

3. Один из клиентов автора с МРЛ был травмирован в ДТП после сессии, с которой он ушел с актуализированной опасной альтер-личностью

4. **Г.М. Энтин** в статье «Летальные исходы при нарушении режима трезвости после опосредованной стресспсихотерапии больных алкоголизмом» (Соц и клин психиатр., 2001,4) приводит 9 случаев таких смертей на 10 000 кодирований, ставших следствием «введения в ...подсознание ...строгих запретительных словесных формулировок, вызывающих ... стойкое опасение расстройств здоровья, вплоть до смертельных исходов, в случае употребления алкоголя в период заранее обусловленного срока этого запрета» (с. 88). Сам **А.Р.Довженко** говорил о 90 смертельных случаях за 46 лет практики «кодирования» (Бородин и соавт., 2004)

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ОШИБКА КАК СЛЕДСТВИЕ ПРОЦЕССА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ КЛИЕНТА И ТЕРАПЕВТА

В качестве источников ошибок рассматривают

1. Факторы клиента
2. Факторы терапевта
3. Эффекты взаимодействия «терапевт-клиент»
4. Ошибки, связанные с пересечением границ
5. Ошибки начинающих терапевтов

ФАКТОРЫ КЛИЕНТА

(Northern Guild for Psychotherapy, UK – NGP)

1. Страх психотического срыва (Винникот) – опасение психоза, смерти и опустошенности, когда клиенты боятся потерять свои экзистенциальные защиты, не обнаружив силы внутри себя справиться с регрессией вне больницы. Терапевты могут чувствовать этот страх и идут навстречу пожеланиям клиентов, опасаясь критики сообщества за нанесенный вред. Иногда терапевты сопротивляются попыткам ложного

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 28. Проблемы в ходе психотерапии: ошибки, тупики, вредные последствия и негативные эффекты.

© **Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P)** доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ



ухода, чувствуя, что их недооценили, и не дают закончить терапию благообразно. Клиенты могут реагировать нарциссической яростью и завершение становится конфликтным

2. Отыгрывания трансфера – когда клиенты не могут совладать с глубоким травматическим опытом и начинают прерывать взаимоотношения через преследования, принимая ужас своего детского опыта за реальность. Этот тип реакции клиента тем сильнее, чем сильнее терапевт, чем более он способен выдержать критику, гнев и даже агрессию. Задача клиента- почувствовать облегчение, наблюдая страдания терапевта. Иски против терапевтов имеют подобную природу

3. Особые типы клиентов с «двойным диагнозом»

ФАКТОРЫ ТЕРАПЕВТА – ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ НАРЦИССИЗМ (ARTHUR FREEMAN)

ФАКТОРЫ ТЕРАПЕВТА – ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ НАРЦИССИЗМ (ARTHUR FREEMAN)

Грандиозность и терапевтический нарциссизм – «Я знаю, о чем Вы думаете!»

1. Мы считаем, что мы умнее, чем на самом деле.
2. Мы считаем, что более квалифицированные, чем на самом деле.
3. Мы считаем, что харизма является адекватной заменой мастерства.
4. Сильное теоретическое обоснование не является необходимым. Не нужно углубленно изучать теорию, вы можете взять немного этого и этого.
5. Интерпретация должна быть полностью принята пациентом или он будет признан сопротивляющимся.
6. Одна теоретическая модель не может или не должна быть вызовом
7. Модель должна быть принята как применимая ко всем пациентам без вопросов и модификаций .
8. Calls for empirical support of what we do should be resisted as unnecessary.
9. Терапевты верят, что имеют нечто шаманское.
10. Рассматривают терапию как единственно верную религию.
11. Технические подходы следует избегать в пользу внутренней красоты чисто теоретических моделей.
12. Долгосрочная терапия является единственным «реальным» типом терапии.



(Eddington, Shuman. Famous Therapists Errors //2016 Continuing Psychology Edu Inc P.O. Box 9659 San Diego)

СЛУЧАЙ БРУНО БЕТТЕЛЬГЕЙМА

В октябре 1943 года в американском «Журнале патологической и социальной психологии» (издании узкоспециальном) появилась ставшая тут же знаменитой статья Беттельгейма о повседневном существовании в нацистских лагерях – «Индивидуальное и массовое поведение в экстремальных ситуациях». После этого едва ли не каждая публикация ученого на протяжении последующих пяти десятилетий становилась общественным событием. Так было с книгой «Одной любви мало» (1950) о лечении детского аутизма, с «Символическими ранами» (1954) о проблемах и ритуалах мужского созревания, «Сведущим сердцем» (1960), рассказывавшем о личности в условиях тоталитарного государства, «Чарами у нас на службе» (1977), посвященными символической и психотерапевтической роли волшебных сказок, «Сносными родителями» (1990) и так далее, и так далее. Думаю, мало кто еще в XX веке заслужил такую прижизненную славу врача-души и мало кому в этом столетии она принадлежала до такой степени заслуженно.

«Статья в «Тайме», вполне типичная, вышла под заголовком: «Бруно Беттельгейм, психоаналитик с огромным влиянием, умер в возрасте восьмидесяти шести лет» (суицид). ... Не все, однако, как это вскоре выяснилось, оплакивали безгрешного доктора. К ноябрю газетные заголовки гласили: «Обвинения в насилии преследуют наследников доктора Беттельгейма», а письмо бывшего пациента было опубликовано под суровым заглавием «Беттельгейм стал тем самым злом, которое так ненавидел». «У него была мания величия», - писал этот пациент, - а его отделение копировало нацистскую среду, к которой он был, по всеобщему мнению, абсолютно нетерпим. Поначалу одинокие слова сомневающихся слились постепенно в мощный поток, стремительно смешивающий с грязью жизнь и работу доктора. Другие бывшие пациенты стали сообщать о насилии; убитые горем сотрудники также прервали годы молчания и высказались о его лженауке. В книгах Беттельгейма нашли плагиат, в его данных – мошенничество. Выяснилось, что скрытный «доктор» вообще-то не имел звания врача, а его подготовка сводилась к трем курсам по психологии. Занятия его в Вене оказались гораздо более прозаическими – он был

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 28. Проблемы в ходе психотерапии: ошибки, тупики, вредные последствия и негативные эффекты.

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ



торговцем-старьевщиком, а вовсе не Фрейдовским протеже. Харизма Беттельгейма удерживала всякого от наведении справок о нем, и, поскольку его фальшивая Венская репутация вытеснялась совершенно реальной и бесспорной американской, никому и в голову не приходило о чем-то спрашивать»

Из книги Пола Коллинза «Даже не ошибка. Отцовское путешествие в таинственную историю аутизма»

ФАКТОРЫ ТЕРАПЕВТА – КОНТРТРАНСФЕР (NGP)

4 основных типа контртрансфера, приводящих к терапевтическим ошибкам:

1. Убеждение в том, что клиент в чем-то дефектен и он может быть излечен исключительно медикаментами, физически или с помощью поддерживающей терапии (исключение человеческого потенциала клиента);

2. Страх, что психотическая энергия захлестнет терапевта. В результате терапевт избегает глубоких трансформирующих интервенций, избегает контакта

3.

4.

ФАКТОРЫ ТЕРАПЕВТА: СПИСОК ИНТЕРВЕНЦИЙ, КОТОРЫЕ СПОСОБСТВУЮТ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМУ ПРЕРЫВАНИЮ ТЕРАПИИ

1. Конфронтация клиента в чрезмерно агрессивном стиле

2. Интерпретации рассматриваются как слишком угрожающие для клиента в неподходящий момент времени.

3. Установление нереальных целей или целей, несовместимых с ценностями клиента.

4. Действуя слишком пассивно или не реагировать адекватно.

5. Демонстрируется отсутствие заботы, уважения и принятия

6. Нет прочного альянса с клиентом.

7. Нарушение границ, угрожающее конфиденциальности и безопасности клиента

8. Использование парадоксальных стратегий, психодраматических методов или других методов неумело



9. Расспрос с использованием ряда закрытого вопросов, которые ощущаются как допрос

10. Действуя уклончиво или таинственным образом, предлагая клиенту чувствовать себя манипулируемым.

11. Предложение неэмпатичных ответов, которые напоминают попугайничье

12. Неумелое молчание, продолжающееся без причины.

(Eddington, Shuman. Famous Therapists Errors //2016 Continuing Psychology Edu Inc P.O. Box 9659 San Diego, P. 23)

ЭФФЕКТЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ «ТЕРАПЕВТ-КЛИЕНТ»

1. Конфликты разделения (симбиотические взаимоотношения, эмоциональные привязанности, преждевременные прекращения и страх зависимости)

2. Взаимоотношения «перенос-контрперенос»

3. Сексуальные привязанности (22% опрошенных психологов связывают трудности терапии с этими вопросами)

4. «Я все это видел раньше...» (использование рутинных интерпретаций без учета уникальности каждого клиента: «гнев-перенос, застенчивость – сниженная самооценка и др.)

5. Чрезмерные самораскрытия (приводят, в том числе, к снижению трансферентной ценности терапевта – «Этот терапевт просто, как я!»)

6. Потворствующее поведение в отношении административных сторон контракта у пациентов с выраженной психопатологией (опоздания, задержка оплаты, употребление ПАВ и др.)

7. Недостаточный терапевтический альянс (обсуждение приемов саботажа и др. – San Martin,2007)

ОШИБКИ, СВЯЗАННЫЕ С ПЕРЕСЕЧЕНИЕМ ГРАНИЦ

Ошибка 1. *События вне сеанса терапии не имеет воздействие на процесс терапии* (терапевтическая и супервизионная группа)

Ошибка 2. *Пересечение границы с клиентом имеют тот же смысл, что и с не-клиентом* (помочь кому-то снять пальто, предлагая подвезти, использовать кредитку и т.д.)



Ошибка 3. *Терапевтическое понимание пересечение границы схоже с таковым пониманием клиента* (например, дотрагиваясь до клиента, до которого ранее не дотрагивались, даже утешая его по поводу потери близкого, надо иметь в виду, что для него это может иметь другой смысл)

Ошибка 4. *Переход границы с одним клиентом, может быть полезен для всех.* (Используя, например, касание в одном случае можно увеличить самораскрытие, но может испугать в другом случае)

Ошибка 5. *Пересечение границ всегда невозможны.* (Эта ошибка в мышлении игнорирует возможность того, что восприятия клиента и терапевта относительно пересечения границ могут со временем меняться)

Ошибка 6. *Если терапевт не предполагает какой-либо потенциальный риск или вред от пересечения границы, то, следовательно, нет никакого риска или вреда.* (Любой человек может стать жертвой самообмана и рационализации, и в свою очередь, суждение о потенциальной опасности пересечения может быть неправильным).

Ошибка 7. *Самораскрытие всегда терапевтично, потому что оно показывает прозрачность и доверие.* (Когда самораскрытие соответствует потребностям клиента – оно продуктивно, однако, это не всегда уместно и является причиной многих ошибочных действий, например, монолога терапевта, что может быть разрушительно и нежелательно. Клиенты иногда жалуются, что терапевты проводят слишком много времени, рассказывая о себе, и не уделяя достаточного внимания дистрессу клиента (Eddington, Shuman. Famous Therapists Errors //2016 Continuing Psychology Edu Inc P.O. Box 9659 San Diego, p.24-25)

ОШИБКИ НАЧИНАЮЩИХ ТЕРАПЕВТОВ

1. Рассеянность, невнимание, отвлеченное выражение лица
2. Плохой контакт глаз и навыки сопровождения (приглашающие навыки)
3. Не фокусируется на утверждениях клиента
4. Использует закрытые вопросы и стиль допроса, таким образом, предлагая клиенту использовать защиты
5. Прерывание естественного потока самовыражения клиента (не дает выговориться)



6. Акцентирует внимание на поверхностном уровне сообщений клиента, не проникая в глубину
7. Фокусируется только на содержании коммуникаций с клиентом, игнорируя аффект и/или процесс
8. Чрезмерная снисходительность в самораскрытия и смещение терапевтического фокуса с клиента на себя
9. Слишком пассивный терапевтический стиль
10. Нетерпимость к паузам
11. Выглядит холодным и не сфокусированным на клиенте
12. Выглядит слишком дружелюбным, соблазнительным и неформальным
13. Во время конфронтации действует агрессивно и воспитывающе

(Eddington, Shuman. Famous Therapists Errors //2016 Continuing Psychology Edu Inc P.O. Box 9659 San Diego, p. 26)

РЕАГИРУЯ НА ОШИБКУ...

Дженкинс, Хильдебранд и Ласк (1982) предложили подход для преодоления сбоев в терапии через переформулирование проблемы на основе новой информации, достигнутой с предыдущей тупиковой зоны:

Шаг 1: Определены сигналы, указывающие на ошибку, и то, что не работает.

Шаг 2: Оцените причины, почему терапия не движется вперед, задавая эти вопросы:

- а) Испытывает ли клиент вторичные выгоды от отказа терапии, и если «да», то какие?
- б) Была ли проблема определена таким образом, что она не решается?
- в) Какие интервенции были продуктивными, а какие нет?
- д) Когда прогресс в терапии замедлился?
- е) Кто может получить выигрыш от саботажа терапии?
- е) Каким образом я допустил небрежность?
- г) Какие вопросы или темы я упустил из виду?

Шаг 3: Пересмотр целей лечения, таким образом, чтобы они были достижимы

(Eddington, Shuman. Famous Therapists Errors //2016 Continuing Psychology Edu Inc P.O. Box 9659 San Diego, p. 27)

РЕАГИРУЯ НА ОШИБКУ: ДИНАМИКА...

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 28. Проблемы в ходе психотерапии: ошибки, тупики, вредные последствия и негативные эффекты.

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ



Коттлер и Блау (1989) предлагают пять этапов осознания и реагирования на ошибки: иллюзия, самоконфронтация, поиск, разрешение и применение.

1. Во время **иллюзии**, терапевты живут в отрицании и ищут виновного в ошибки, не рассматривая самих себя. Эмоции страха, тревоги и вины, что сопровождают неожиданный негативный результат служат топливом этого поиска. Это терапевта защищает, искажая реальность: «Я не виноват, это клиент»

2. **Самоконфронтация** включает в себя гнев / вину / сомнение в то время как терапевт принимает свою ответственность за ошибку и прекращает обвинять других.

3. Третий этап - **поиск**, обусловлен желанием определить, что действительно произошло. Начинается поиску информации и осторожное исследование события и его причин. По аналогии с действия в ходе научных исследований, терапевты исследуют и анализируют различные возможности. Это исследование способствует более широкой и более здоровой точки.

4. Следующий этап, **разрешение**, включает фокусирование на новых идеях и направлениях , которое помогает терапевтам увидеть процесс, приведший к негативным эффектам, и изменить его.

5. Последним этапом является **применение** новых знаний в будущей работе. Терапевт чувствует себя настроенным более решительно работать грамотно, терапевты становятся более заинтересованными в непрерывном обучении.

РЕАГИРУЯ НА ОШИБКУ: САМОРЕФЛЕКСИЯ

Коттлер и Блау (1989) рекомендуют практикующим спросить самих себя следующие вопросы:

- Каковы мои ожидания от клиента? От себя?
- Что клиент ожидает от меня? От самого себя?
- Являются ли мои ожидания конгруэнтны ожиданиям с клиента?
- Каковы мои инвестиции в этот случай? Что мне нужно от клиента?
- Как я осознаю, имею ли я необходимое время для развертывания процесса?
- Какая реакция, исходящая от клиента, задевает (возбуждает) меня?
- То, что я делаю, полезно?
- То, что я делаю, не полезно?



- Как я могу быть мешая клиента (How may I be getting in the client' s way?)
- Какие изменения я могу сделать?
- Какие внешние ресурсы, я могу подключить? Коллеги? Эксперты?

РЕАГИРУЯ НА ОШИБКУ: ПОДХОД МАРКО МАЦЕТТИ

Лауреат Берновской премии **Марко Мацетти** (2012) различает 2 типа ошибок: (1) стратегические (появляются в результате значимого непонимания клиента, приводящие к постановке неправильного диагноза и выработке неверного лечебного плана; (2) тактические (когда терапевт, следуя хорошей стратегии, выбирает неподходящие средства ее реализации. Продуцируя, тем самым, негативные эффекты).

Мацетти выделяет 5 последовательных шагов при работе «над ошибками»:

1. Признание ошибки;
2. Сотрудничество с пациентом;
3. Осознание общих ошибочных паттернов;
4. Искреннее извинение за ошибку;
5. Идентификация лечебного значения ошибки

1. ПРИЗНАНИЕ ОШИБКИ.

Терапевт нуждается в том, чтобы дать себе разрешение признать, что он – человек, что он – несовершенен, и что делать ошибки – это естественный процесс

2. СОТРУДНИЧЕСТВО С ПАЦИЕНТОМ.

Примерно, на 5-ой сессии Марко говорит клиентам, что он иногда делает ошибки (это надо говорить не на первой сессии, поскольку затруднит доверие) и, следовательно, он просит клиентов говорить ему в вежливой форме. Что что-то идет не так, что они чувствуют себя некомфортно. Это особенно хорошо для сверхадаптированных пациентов, которые никогда не позволили бы себе критиковать авторитетные фигуры. Не только супервизор, но и клиент может способствовать инсайту терапевта (Nollon, 1995)

3. ОСОЗНАНИЕ ОБЩИХ ОШИБОЧНЫХ ПАТТЕРНОВ.

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 28. Проблемы в ходе психотерапии: ошибки, тупики, вредные последствия и негативные эффекты.

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ



Важны 2 аспекта: понимание возможной проективной идентификации, когда терапевт действует «неправильно», как того хочет патологическая часть клиента; и необходимость саморефлексии для определения собственных «слабых» зон.

4. ИСКРЕННЕЕ ИЗВИНЕНИЕ ЗА ОШИБКУ.

Извинение д.б. чистосердечным по формуле «Я извиняюсь, потому что...», а не по формуле «Я извиняюсь, но ...». Например, «Вы совершенно правы, я извиняюсь, потому что вы имеете право работать с эффективным терапевтом, а я не был им на прошлой недели. Я надеюсь, что вы примете мои извинения. Вы принимаете их?» Важно, чтобы пациент принял ваши извинения, отреагировал на них аутентично, и был готов к следующим шагам... Терапевт извиняется, не требуя прощения, поскольку прощение - это уже другой процесс

5. ИДЕНТИФИКАЦИЯ ЛЕЧЕБНОГО ЗНАЧЕНИЯ ОШИБКИ.

Совершая ошибку, мы усугубляем первичную травму пациента и если мы не идентифицируем ошибку, то пациент начинает защищаться. Поэтому, начиная анализ ошибки, мы имеем редкую возможность пригласить клиента в излечивающие взаимоотношения, которых у него раньше не было: никто, например, не извинялся перед ним, учитывая его эмоциональные потребности)