

МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ
АКАДЕМИЯ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ



Н. П. Зубалий, А. М. Лёвочкина

ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Учебное пособие

Киев 2001

ББК 56.14я73
3-91

Рецензенты: *А. П. Чуприков*, д-р мед. наук, проф.
О. О. Древицкая, канд. мед. наук, доц.

Ответственный редактор *И. В. Хронюк*

Одобрено Ученым советом Межрегиональной Академии управления персоналом (протокол № 3 от 27.03.01)

Зубалий Н. П., Лёвочкина А. М.

3-91 Основы психотерапии: Учеб. пособие. — К.: МАУП, 2001. — 160 с. — Библиогр. в конце частей.
ISBN 966-608-108-3

В пособии освещаются актуальные вопросы психотерапии как профессиональной деятельности и процесса психологической помощи. Психотерапия рассматривается как наука о лечении различных болезней с помощью психологических методов. Детально анализируются основные понятия и направления современной психотерапии, а также конкретные техники работы с людьми.

Для студентов, преподавателей, практических психологов и социальных работников.

ББК 56.14я73

ISBN 966-608-108-3

© Н. П. Зубалий, А. М. Лёвочкина, 2001
© Межрегиональная Академия
управления персоналом (МАУП), 2001

Предисловие

Актуальность и важность изучения основ психотерапии не вызывает сомнений. С каждым днем возрастает темп жизни людей, повышая напряжение, что приводит к конфликтам и стрессам. Состояния стресса и конфликта становятся хроническими, вся энергия человека уходит на их преодоление, не оставляя возможностей для личностного роста. Наряду с этим повышается уровень психологической грамотности населения, и сейчас обращение к психотерапевту или психологу-консультанту становится обычным явлением, а в определенных кругах — даже модным.

Отметим, что в настоящее время как отклик на социальный запрос издано ряд учебных пособий, посвященных теории и практике психотерапии. Авторы настоящего учебного пособия попытались в доступной форме изложить сложный материал. Наиболее сложные понятия психотерапии иллюстрируются конкретными примерами. В первой части пособия психотерапия рассматривается как профессиональная деятельность и как процесс психологической помощи. Приводятся также главные направления психоанализа и недирективной психотерапии. Во второй части рассматриваются основные проблемы и методы внушения и самовнушения.

Особенность изложения учебного материала заключается в том, что при обозначении человека, обратившегося к психотерапевту, используются два названия — “пациент” и “клиент”. Понятие “клиент” в психотерапию ввел К. Роджерс. Он отказался от понятия болезни в психотерапевтической практике. Людей, обратившихся к психотерапевту, ученый считал “растерявшимися”, но не больными. Эту идею в дальнейшем поддержали психотерапевты, принадлежавшие к гуманистической, когнитивной и гештальт-школам. Однако представители психодинамического направления и меди-

цинской психотерапии традиционно называют своих подопечных “пациентами”, и мы не стали менять эту традицию в изложении учебного материала, посвященного психодинамической психотерапии, а также суггестии.

Главы 1–9, 16–20 написала доцент МАУП А. Лёвочкина, главы 10–15 — доцент МАУП Н. Зубалий.

Авторы выражают признательность украинским психологам А. Бондаренко, Л. Бурлачуку, И. Грабской, А. Кочаряну, исследования которых послужили основой для написания этого учебного пособия.

Часть I

Теоретические основы психотерапии. Главные направления психоанализа и недирективной психотерапии

Глава 1

Предмет, методы и виды психотерапии. Требования к психотерапевту

1.1. Сущность понятия “психотерапия”. Задачи психотерапевта

В наши дни психотерапия как практическая помощь в различных жизненных ситуациях — одно из наиболее популярных направлений в практической психологии. Вместе с тем разнообразие определений понятия “психотерапия”, а также основных понятий и методов психотерапии показывает, что эта наука не имеет единого понятийного аппарата, терминологии, теории.

Потребность различных слоев общества в психотерапевтической помощи приводит к тому, что практика развивается интенсивнее теории.

В современном обществе психотерапия стала определенной “душевной скорой помощью”. Она помогает адаптироваться к резко изменившейся социальной среде, способствует устранению напряженности в профессиональной деятельности, в межличностных взаимоотношениях и т. п.

Что же такое психотерапия? Приведем наиболее емкое определение этого понятия.

Психотерапия (от греч. ψυχή — душа и *νεμεσις* — забота, уход, лечение) — это лечение различных заболеваний с помощью психологических методов.

Распространенным является также следующее определение: **психотерапия** — это система лечебного воздействия на психику больного, а через нее — на весь организм.

Несмотря на различие в теориях, целях и процедурах, психологическое лечение сводится к тому, что один человек пытается помочь другому. Даже при использовании групповой психотерапии каждый участник группы является своеобразным психотерапевтом по отношению к другим ее членам.

Общая цель психотерапии — помочь пациентам устранить болезненные отклонения, изменить отношение к себе, своему состоянию и окружающей среде.

В своей профессиональной деятельности психотерапевт призван решать следующие задачи [7]:

- помогать пациенту лучше понять свои проблемы;
- способствовать устранению у пациента эмоционального дискомфорта и перенапряжения;
- поощрять у пациента свободное выражение чувств;
- обеспечивать пациента новыми идеями или информацией о том, как решать те или иные проблемы;
- помогать пациенту проверять новые способы мышления и поведения вне терапевтической ситуации.

1.2. История развития психотерапии

С историко-культурной позиции в психотерапевтических школах и течениях выделяют две основные группы: *религиозно-магическую* и *эмпирико-научную*.

Религиозно-магическая психотерапия возникла на заре развития человеческой культуры. Сегодня она доминирует в большинстве слаборазвитых стран, но находит сторонников и в развитых странах.

Эмпирико-научная психотерапия своими корнями уходит к учению Гипократа. Рассмотрим подробнее этапы развития школ этого направления психотерапии. Формирование эмпирико-научной психотерапии началось с середины XVIII в. и связано с деятельностью австрийского врача-психиатра **Франца Антона Месмера** (1734–1815), который рассматривал свой метод лечения как научное применение “животного магнетизма”. Он довольно успешно лечил людей, стра-

давших различными болезнями — как психическими, так и соматическими. Ф. Месмер считал, что планеты излучают магнетические флюиды, которые влияют на здоровье человека, а нарушение равновесия во флюидах вызывает болезни. Процесс лечения, согласно Ф. Месмеру, заключался в передаче флюидов от врача к больному. Группа пациентов собиралась вокруг наполненного водой чана с множеством ручек, за которые надо было держаться. Ф. Месмер касался жезлом чана, как бы передавая свои флюиды. В это время больные начинали смеяться, плакать, некоторые даже галлюцинировали. После таких сеансов у отдельных больных отмечалось улучшение состояния. Ф. Месмер считал, что пациенты выздоровели вследствие воздействия “животного магнетизма”, порождаемого водой, текущей по ручкам чана. Однако международная комиссия специалистов, изучавшая этот метод лечения, установила, что пациенты Ф. Месмера излечивались вследствие применения им внушения и обвинила его в шарлатанстве. Однако ученые, входившие в состав комиссии, не обратили внимания на то, что люди в группах ведут себя по определенным психологическим законам и что группы как таковые могут оказывать лечебное воздействие. Кроме того, как показали дальнейшие исследования, психологические методы воздействия, в том числе внушение, могут давать реальный лечебный эффект. И хотя теория Ф. Месмера была признана несостоятельной, она положила начало развитию психотерапии в виде гипноза.

Именно с гипноза начал свою деятельность выдающийся австрийский врач-психиатр и психолог **Зигмунд Фрейд** (1856–1939), который является основателем психоанализа. В дальнейшем З. Фрейд отошел от гипноза как средства проникновения к забытым переживаниям, лежащим в основе невроза, и начал искать другие, более эффективные пути исследования и лечения неврозов. Он нашел их в толковании сновидений, свободно всплывающих ассоциаций, малых и больших психопатологических проявлений: чрезмерно повышенной или пониженной чувствительности, двигательных расстройств, оговорок, забывании и т. п. Так было положено начало психодинамической теории в психотерапии, которую в дальнейшем развивали ученики и последователи З. Фрейда — К. Юнг, А. Адлер, А. Фрейд.

В конце 30-х годов XX в. от классического психоанализа З. Фрейда (психодинамической теории) отделилось направление, впослед-

ствии названное неофрейдизмом. Представители этого направления — К. Хорни, Э. Фромм, Х. Салливан, Э. Эриксон — не разделяли полностью научных взглядов З. Фрейда.

В 40–50-х годах XX в. база эмпирико-научной психотерапии пополнилась психотерапевтическими подходами, основанными на учениях И. Павлова и Б. Скиннера — *бихевиористской*, или *поведенческой*, психотерапией.

Новейшими течениями в психотерапии, которые интенсивно распространились в 70-х годах XX в., являются когнитивная и гуманистическая психотерапия. *Когнитивная психотерапия* пытается помочь человеку в решении его проблем с помощью коррекции нарушений понимания (когниции). *Гуманистическая психотерапия* возвеличивает человека, помогая ему преодолеть отчуждение от мира, и поощряет максимально полное исследование уникальности и универсальности природы каждого человека.

Следует также отметить, что начиная с Ф. Месмера и до середины XX в. эмпирико-научной психотерапией занимались врачи: сначала неврологи, позже психиатры. В дальнейшем к ним присоединились психиатрические социальные работники, а затем клинические психологи, и только в последнее время психотерапией стали заниматься люди, имеющие классическое психологическое образование.

Повышенный спрос на психотерапевтическую помощь стал причиной появления как в нашей стране, так и за рубежом самозванных целителей и лидеров различных учений и культов. Они работают не только в традиционных психотерапевтических заведениях, но и в так называемых центрах роста, кинотеатрах, на стадионах и на дому. Большинство из них используют групповые подходы. Применяются методы, аналогичные методам “оздоровительных” религиозных учений, например саентологии. Нередко пациенты таких целителей затем становятся пациентами психиатрической клиники.

В последнее время стали популярными группы, формирующиеся из так называемых товарищей по несчастью: “Анонимные алкоголики”, “Объединенные выздоравливающие”, “Родители детей-инвалидов” и др.

1.3. Классификация методов психотерапии

В настоящее время в психотерапии не существует единого принципа классификации методов. Однако из многообразия существующих методов выделяют три основных, возникших на основе трех наиболее развитых психотерапевтических направлений:

- **психоаналитического (психодинамического, динамического или фрейдистского);**
- **бихевиористского (поведенческая психотерапия);**
- **гуманистического (экзистенциально-гуманистического, опытного).**

Каждое из этих направлений подробнее рассмотрим далее. Здесь же приведем их характерные особенности, определившие методы психотерапевтического воздействия.

В психоанализе главным фактором личностного развития и поведения считаются первичные влечения и потребности, а невроз — следствием их вытеснения в бессознательное и конфликта с сознанием. Задача психодинамической психотерапии — способствовать осознанию этого конфликта.

Бихевиористов вообще не интересует личность как таковая. Предмет исследования бихевиоризма — исключительно поведение. Отсюда невроз — это неадаптивное поведение, возникающее в результате неправильного научения. Основная задача поведенческой психотерапии заключается в обучении новым, адаптивным способам поведения.

Гуманистическая психология в качестве основной рассматривает потребность личности в самоактуализации, а невроз считается результатом блокирования этой потребности. Из этого вытекает и задача гуманистической психотерапии — способствовать приобретению нового эмоционального опыта, созданию адекватного целостного образа “Я” и возможностей для самоактуализации личности [7].

Таким образом, задачи психотерапевтических направлений обуславливают специфику применяемых ими методов. Причем в рамках этих направлений возникают новые течения, подходы, формы, виды, методы, методики, технические приемы, названия которых зачастую призваны отражать их уникальность, маскировать их производный характер относительно основных направлений в психотерапии и существующих в них методов.

Классификация методов психотерапии, предложенная Я. Александрович, построена на анализе значений, в которых используются понятия метода в психотерапии:

- методы психотерапии, имеющие характер техник, — гипноз, релаксация, психогимнастика;
- методы психотерапии в значении инструмента, который используют в психотерапевтическом процессе (таким инструментом может быть психотерапевт в случае индивидуальной психотерапии или группа при групповой психотерапии);
- методы, определяющие условия, которые способствуют оптимизации достижения психотерапевтических целей, — психотерапия семейная, клиническая, на производстве;
- методы психотерапии в значении терапевтических интервенций (вмешательств), рассматриваемых либо в плане стиля — директивный, недирективный, либо в плане теоретического подхода — интерпретация, научение, межличностное взаимодействие или диалог.

Для практического применения определенных методов психотерапии имеет значение их классификация по поставленным целям. Такую классификацию предложил исследователь Л. Волберг. Он выделил три типа *психотерапии*:

- *поддерживающая*, цель которой — укреплять и поддерживать имеющиеся у больного защитные силы, а также вырабатывать у него новые, лучшие способы поведения, позволяющие восстановить душевное равновесие;
- *переучивающая*, цель которой — изменять поведение больного путем поддержания и одобрения положительных форм его поведения и неодобрения отрицательных. В результате пациент должен научиться лучше использовать собственные возможности и способности, однако при этом не ставится цель по-настоящему разрешить неосознаваемые им конфликты;
- *реконструктивная*, цель которой — помочь пациенту осознать внутренние конфликты, послужившие источником личностных расстройств, существенно изменить необходимые черты характера и восстановить полноценное функционирование личности.

В клинической практике различают такие методы психотерапии: симптомо-центрированные; личностно-центрированные; социоцентрированные.

В последнее время разработано большое количество методов, в которых терапевтическим фактором являются искусство и природа. Это методы психотерапии, основанные:

- на общении с литературой и искусством — музыкотерапия, библиотерапия;
- на творческой деятельности — имаготерапия, арттерапия, песочная терапия;
- на лечебном влиянии природы — натурпсихотерапия, маринотерапия.

Разнообразие методов психотерапии привело к усилению движения к их интеграции. Следует отметить, что существующие психотерапевтические подходы не столько различаются отношением к единому объекту — человеческой личности, сколько концентрируются на разных ее аспектах и проблемах. Это и обусловило различие в методах психотерапии и множество подходов к их классификации.

Психотерапевтическую помощь получают такие пациенты: психотики; невротики; перенесшие психологические потрясения; неуправляемые. В классической медицинской психотерапии считалось, что в психотерапевтической помощи нуждаются прежде всего пациенты, страдающие неврозами и невротическими расстройствами. Такая помощь показана также больным с психотическими нарушениями, пациентам с психопатиями, личностными расстройствами и больным с психосоматическими заболеваниями.

Современные психотерапевты (в частности Д. Франк) считают, что психотерапия показана всем людям, у которых психологические факторы признаны основной или одной из основных причин дезадаптации и нарушения способности жить нормальной жизнью.

Таким образом, клиенты психотерапевтов, как правило, принадлежат к одной из следующих категорий.

Психотики — это пациенты, симптомы болезни которых, по всей вероятности, имеют органическую природу. В этом случае цель психотерапии — помочь пациентам приобрести новые знания о своих проблемах, а также научиться понимать происхождение этих проблем, обучить пациентов более эффективным способам противостояния стрессам, от которых они особенно страдают. К этой категории пациентов относятся шизофреники.

Невротики — это пациенты, страдающие от упорных ошибочных стратегий переработки стрессовых моментов жизни. Эти стратегии основаны большей частью на глубинном опыте их раннего

детства. Этот опыт может содержать травматические моменты, неполноценное прохождение важного этапа развития, что впоследствии искажает процесс созревания и взросления.

Перенесшие психические потрясения — это люди, временно выбитые из колеи текущими жизненными стрессами (например, в связи с потерей близких). Для восстановления эмоционального равновесия этих людей зачастую достаточно кратковременной и поверхностной помощи. Поскольку у таких лиц могут проявляться любые невротические и психотические симптомы и вместе с тем они хорошо реагируют на любую форму помощи, эти пациенты являются объектом конкуренции между различными психотерапевтическими школами.

Невротики и перенесшие психические потрясения обращаются к психотерапевту чаще других.

Неуправляемые — это люди, чье поведение шокирует окружающих и вызвано скорее болезнью, чем порочностью. К этой категории относятся так называемые трудные дети, подростки с отклоняющимся от нормы поведением, а также супруги, стремящиеся переложить ответственность друг на друга, асоциальные личности и лица, страдающие определенной формой зависимости, — алкоголики, наркоманы, токсикоманы [7].

Отличительная особенность перечисленных категорий — степень заинтересованности клиента в получении психотерапевтической помощи. Невротики и перенесшие психические потрясения сами стремятся попасть на прием к психотерапевту, неуправляемых и психотиков приводят к нему, что зачастую затрудняет восприятие ими психотерапевтической помощи.

В кругах зажиточных людей и интеллектуалов встречаются две дополнительные категории людей, нуждающихся в психотерапевтической помощи. Это люди раздраженные, борющиеся со скукой и экзистенциальными проблемами, и профессионалы, готовящиеся к самостоятельной психотерапевтической практике [7].

Вопросы для самоконтроля

1. Сущность понятия “психотерапия”.
2. Сущность процесса психотерапии.
3. Направления в психотерапии.
4. Основные категории клиентов, нуждающихся в психотерапевтической помощи.

Психодинамическое направление в психотерапии

Психодинамическое направление в психотерапии, которое часто называют психоанализом, или фрейдизмом (по имени австрийского психолога З. Фрейда), использует технику, основанную на представлении о структуре личности как сложном и противоречивом взаимодействии сознательного и бессознательного.

С помощью методов психодинамической психотерапии решают проблемы, связанные с динамическими аспектами психики: мотивами, влечениями, побуждениями, внутренними конфликтами (противоречиями), существование и развитие которых обеспечивает функционирование и развитие личности.

Как отмечает современный украинский психотерапевт А. Бондаренко [3], учение З. Фрейда, являясь одновременно теорией личности (первой в психологии), культурологической концепцией и методом психотерапии, оказало беспрецедентное влияние не только на психологию, но и, по сути, на всю культурную ситуацию XX в.

Рассмотрим подробнее понятийную структуру и теоретические особенности психотерапевтического процесса в классическом психоанализе.

В своей психотерапевтической практике З. Фрейд исходил из представлений о человеке как природном существе, которым управляют влечения (неосознаваемые мотивы, биологические потребности и инстинкты), а также специфические психосексуальные переживания первых пяти лет жизни.

Основным жизненным инстинктом, который управляет развитием и творческим началом личности, является либидо, или эрос; противоположным ему инстинктом смерти — танатос, или мортидо, который может проявляться в агрессии и разрушении.

Согласно З. Фрейду, структуру личности составляют три компонента: Ид (оно), Эго (Я) и Супер-Эго (Сверх-Я).

Ид (оно) — биологический компонент в структуре личности, первичный источник психической активности, средоточие слепых инстинктов: сексуальных либо агрессивных, стремящихся к немедлен-

ному удовлетворению. Этот компонент представляет собой неосознаваемую часть личности, которая не изменяется в течение всей жизни человека.

Эго (Я) — центральная инстанция саморегуляции личности, отвечающая за приспособление к внешней реальности. Эго воспринимает информацию об окружающем мире и состоянии организма, сохраняет ее в памяти и регулирует ответные действия индивида в интересах его самосохранения.

Супер-Эго (Сверх-Я) — моральная инстанция личности, включающая в себя моральные стандарты, запреты и поощрения, усвоенные личностью большей частью бессознательно в процессе воспитания, прежде всего родительского.

Для характеристики личностного состояния З. Фрейд ввел понятие “боязнь”. Он различал три вида боязни: невротическую, реалистическую и моральную. Боязнь возникает из конфликта между Ид, Эго и Супер-Эго; с ней связаны чувство вины и механизмы психологической защиты “Я”. Поскольку требования к Эго со стороны Ид, Супер-Эго и внешней реальности (к которой индивид вынужден приспособляться) несовместимы, он неизбежно пребывает в состоянии конфликта. Это создает невыносимое психологическое напряжение, от которого индивид может избавиться с помощью защитных механизмов (их насчитывается около 20): рационализации, регрессии, вытеснения, проекции, сублимации и др. Остановимся подробнее на этих механизмах.

Защитные механизмы — это способы мышления, направленные на смягчение неприятных аффективных состояний (тревоги, страха) и удерживающие бессознательные конфликты вне сознания.

Рационализация — это механизм псевдообъяснения, т. е. объяснение собственных поступков и действий в более выгодном для себя и более привлекательном для других свете. Например, свои бесконечные неудачи человек может объяснить тем, что у него много врагов, либо тем, что он и не стремился к успеху в той или иной области. Классическим примером рационализации является басня И. Крылова “Лиса и виноград”: лиса, не сумев достать виноград, объяснила это тем, что он зелен, и она вовсе его не хочет.

Регрессия (инфантилизация) — психологический механизм эгозащиты, когда люди начинают вести себя так, как будто находятся на более ранних этапах своего развития. Этот защитный механизм часто используют в групповых формах общения (когда взрослые начинают вести себя как дети) для снятия психологических барьеров.

Вытеснение (подавление), изгнание (вытеснение) из сознания травмирующих моментов — один из важнейших (открыл З. Фрейд) феноменов сознания, вокруг которого строится психотерапевтическая процедура. Согласно З. Фрейду, именно механизм вытеснения обуславливает (детерминирует) поведение человека, у которого ранние психологические травмы вытеснены из сознания, однако продолжают влиять на его поведение. Вытесненные переживания проявляются у человека в форме оговорок, описок, забывчивости, непроизвольных “нечаянных” действий.

Проекция — защитный психологический механизм, действие которого заключается в том, что неприемлемые для индивида (с точки зрения общественной морали) его собственные переживания или состояния он приписывает другим, что избавляет его от их осознания, принятия и переработки (изживания).

Замещение — эго-защитный механизм, проявляющийся в избегании страха (боязни) путем передачи накопившейся энергии на доступный или безопасный объект, когда желаемому объекту ее передать невозможно. Например, человек, не смея выразить начальнику накопившиеся по отношению к нему отрицательные эмоции (из-за боязни санкций, отрицательных последствий), вымещает досаду на членах семьи. Это явление называется еще “смещенной агрессией”, т. е. имеется в виду, что агрессия “смещается” с истинного объекта на другой, более доступный.

Сублимация — эго-защитный механизм, который преобразует сексуальную или агрессивную энергию в творческую социально приемлемую деятельность: искусство, спорт и т. п. Сублимация считается высшей формой замещения [4].

Образование реакции — осуществление намеренных действий, которые защищают Эго от осознания подлинных переживаний. Например, мать демонстрирует повышенную заботливость о ребенке, скрывая свою агрессию по отношению к нему. Согласно З. Фрейду, это проявление низшей формы сублимации.

Отрицание — разновидность перцептивной защиты, когда человек нарочито не замечает неприятных для него фактов и явлений. К подобным феноменам относится неузнавание участниками Т-группы себя на экране монитора.

Интроекция — психологический эго-защитный механизм, заключающийся в том, что человек как бы впитывает в себя, “встраивает” ценности и нормы других личностей или групп, принимая их как собственные. Так он пытается избавиться от внутрличностного

конфликта. Например, человек традиционных взглядов жил и работал среди лиц с нетрадиционной сексуальной ориентацией; со временем его взгляды на жизнь и мораль сексуальных меньшинств изменились: он стал допускать мысли, которые раньше были для него неприемлемы.

Идентификация — тесно связанный с интроекцией эго-защитный механизм, который призван защищать Эго от фрустрации путем отождествления его с более сильной инстанцией. Таким образом, зачастую идентификация является средством защиты от чувства собственной неполноценности путем присоединения к какой-то могущественной организации или к авторитетному человеку. Этот защитный механизм очень важно учитывать в процессе психотерапии, когда клиент может идентифицироваться с одной из трех позиций: агрессора, жертвы или нарциссизма.

Интеллектуализация — защитный механизм, более характерный для психотерапевта, нежели для клиента. Сущность этого механизма заключается в том, чтобы отстранить свое Эго от непосредственного эмоционального контакта с Эго другого человека и трактовать этого другого как объект, т. е. посредством концептуальных моделей, понятийно и терминологически ориентированных схем.

Изоляция — этот защитный психологический механизм, как и механизм интеллектуализации, отделяет эмоции от познавательных (когнитивных) процессов путем отстранения, дистанцирования от воспринимаемых объектов, т. е. человек, использующий этот защитный механизм, наблюдает травмирующую его ситуацию как бы со стороны.

Компенсация — защитный механизм, заключающийся в развитии тех сторон, свойств или способностей личности, которые позволяют ей справиться с чувством неполноценности за счет получения социального признания в доступных областях деятельности. Например, подросток, которому не удастся успешно усваивать школьные дисциплины, начинает усиленно заниматься спортом и достигает больших успехов.

Ритуал — система защитных действий, призванных справиться со страхом или другими негативными переживаниями.

Частичная компромиссная реакция — эго-защитный механизм от негативных чувств (зависти, агрессии, презрения и др.), когда поведение строится двойственно, чтобы хоть частично удовлетворить социально нежелательные переживания. Например, одна подруга говорит другой: “Ну, наконец-то ты хорошо выглядишь”.

Аскетизм — отрицание, отказ себе в удовольствии. Такой отказ может касаться пищи, сна, сексуального удовлетворения. Все это обычно отрицается с видом полного превосходства, словно в результате достигается что-то очень полезное.

Согласно З. Фрейду, аскетизм — это защитный механизм, который используют преимущественно подростки для контроля над интенсивностью сексуальных влечений, обнаруживающихся после достижения половой зрелости.

Вопросы для самоконтроля

1. Компоненты, составляющие структуру личности, согласно З. Фрейду.
2. Защитные механизмы психики.
3. Основные цели психотерапии в классическом психоанализе.
4. Основные методы психоанализа.

Техника психоанализа

3.1. Сущность психодинамической психотерапии

В классическом психоанализе выделяются две главные цели психотерапии:

- осознание неосознаваемого (мотивов, фиксаций, защитных механизмов, способов поведения) и его реалистическая интерпретация;
- усиление Эго для построения более реалистического поведения.

Поведенческие перемены происходят в психодинамической психотерапии благодаря двум процессам: пониманию интеллектуальных и эмоциональных процессов, исходящих из детства (защитные механизмы), а также пониманию конфликтных отношений, которые сформировались у пациента с важнейшими объектами в детстве, и их воспроизведение во взаимоотношениях с психотерапевтом (трансфер). Обстановка психотерапевтического лечения должна способствовать выходу на поверхность этих психических явлений.

Как считают исследователи Р. Урсано, С. Зонненберг и С. Лазар [22], необходимое первоначальное условие достижения успеха в психодинамической психотерапии — потребность пациента принимать участие в такой работе и его доверие к психотерапевту. Исследователи отмечают также важность эмпатического выслушивания пациента с тем, чтобы основное внимание лечения направить на то, что он предлагает для рассмотрения.

Психотерапевт должен помнить, что нельзя сразу же высказывать пациенту сделанные выводы. Пациент может быть к ним не готов, поэтому необходимо тщательно готовить как выводы, так и пациента к тому, чтобы он смог “услышать” и понять то, что ему хотят сообщить.

Один из основных методов психоанализа — *метод свободных ассоциаций*. Пациенту сообщается, что он может свободно говорить на любые темы. При этом психотерапевт внимательно вслушивается

в глубинные течения ассоциаций пациента и пытается понять связь одного сюжета с другим, выявить отношение пациента к человеку, о котором он говорит, и т. п. Услышав двусмысленность в ассоциациях пациента, психотерапевт может найти путь к бессознательному конфликту и значимой личности из прошлого клиента, с которой этот конфликт связан.

В качестве иллюстрации исследователи Р. Урсано, С. Зонненберг и С. Лазар [22] приводят такой пример. Пациент пришел на прием к психотерапевту сразу же после ссоры с девушкой и сообщил: “Я хочу, чтобы она вернулась”. В ходе беседы психотерапевт заметил двусмысленность в высказываниях клиента: с одной стороны, клиент хотел бы быть вместе с девушкой, а с другой — хотел бы отомстить ей. Разговорившись, пациент описал возможное фантастическое возмездие. Эту фантазию он позаимствовал из кинофильма, где персонаж с наслаждением размазывает по лицу девушки грейпфрут.

Итак, конфликтующие чувства — тоска по девушке и чувство ненависти к ней — обозначились уже в начале беседы. Далее выяснилось, что такой образец реакции на отвержение сложился у пациента в его детских отношениях с матерью, которая, вероятно, испытывала к нему такие же конфликтные чувства и даже однажды прогнала из дома, угрожая ножом. Безусловно, в начале беседы с психотерапевтом пациент не был готов услышать о такой связи, но она становилась все более очевидной. Психотерапевт, наблюдая за этим “образцом”, направил пациента по пути постепенного его осознания.

Описанная техника относится к свободным ассоциациям. Классический психоанализ состоит из пяти основных техник:

- свободных ассоциаций;
- толкования сновидений;
- интерпретации;
- анализа сопротивления;
- анализа перенесения (трансфера).

Свободные ассоциации — одна из основных техник психоанализа. Свободными ассоциациями З. Фрейд считал представления, мысли, воспоминания, которые возникают спонтанно, без напряжения и сосредоточения.

С помощью метода свободных ассоциаций З. Фрейд стремился выяснить, чему соответствуют определенные ассоциации во внутреннем мире субъекта, и найти ключ к бессознательному. Персона-

чально для этого З. Фрейд использовал гипноз. Однако в дальнейшем по ряду причин (из-за непродолжительности эффекта, особенностей действия гипноза при подаче четких команд врача, блокирующих спонтанность, невозможности проанализировать сопротивление и др.) отказался от него и применил метод свободных ассоциаций.

Свободное ассоциирование — основа психоаналитического процесса. По сути психоанализ представляет собой свободное ассоциирование пациента и анализ реакций сопротивления психоаналитиком. Пациент должен быть максимально открытым, свободно высказывать свои мысли, представления, искренне выражать свои чувства, ожидания, не контролируя и не оценивая их, а также не пытаясь сосредоточиться. Мысли пациент должен высказывать независимо от того, насколько они могут казаться незначимыми, бессмысленными, нелепыми или постыдными.

Техника свободного ассоциирования основывается на трех предположениях:

- мысли пациента сосредоточены на том, что имеет значение;
- потребности пациента в психотерапии и понимание того, что его лечат, устремляют его ассоциации к значимому, за исключением случая, когда действует сопротивление, проявляющееся во время сеанса в невозможности свободно ассоциировать и ука­зывающее на вытеснение влечения и травматические переживания;
- сопротивление сводится к минимуму в результате релаксации (расслабления) и значительно усиливается вследствие сосредоточения.

Обстановка психоаналитического сеанса должна способствовать свободному ассоциированию, максимально воссоздавать в памяти подавленные когда-то переживания и воспоминания. Как правило, во время сеанса пациент находится в пассивном положении: лежит на кушетке и не видит психотерапевта; при этом воздействие окружающей среды сводится к минимуму.

Резюмируем изложенное. Психодинамическая психотерапия (ориентированная на психоанализ) базируется на преимущественном влиянии предшествующего опыта на формирование манеры поведения, которая закрепляется и в итоге положительно сказывается на здоровье пациента [22].

Проиллюстрируем *сущность процесса психодинамической психотерапии* схематически [22].

Фокус	Воздействие предшествующего опыта (когнитивные способности, аффекты, фантазии, поступки)
Цель	Понимание функционирования защитных механизмов и трансферных реакций пациента, в частности в том виде, в каком они проявляются в процессе общения пациента с психотерапевтом
Технические приемы	Психотерапевтический альянс Свободное ассоциирование Интерпретация механизмов защиты и трансфера Высокая частота сеансов Продолжительность лечебного процесса — от нескольких месяцев до нескольких лет

3.2. Психотерапевтическое обследование пациента

Обычно до проведения психотерапевтических сеансов пациента обследуют, выясняя важные моменты: подвержен ли он глубоким депрессиям или маниям, совершал ли он попытки суицида. Вопросы о состоянии здоровья, о попытках самоубийства или убийства очень часто снимают у пациента неприятное чувство одиночества перед возникшими проблемами.

Обследуя пациента, психотерапевт должен быть непредвзятым, не быть навязчивым, но и не молчаливым.

Во время первого сеанса психотерапевт должен внимательно выслушать опасения пациента относительно начала лечения. Освобождение пациента от страхов, с одной стороны, будет способствовать тому, что он почувствует себя в безопасности, а с другой — позволит психотерапевту предотвратить возможную преждевременную приостановку лечения (около 50 % пациентов прекращают лечение до пятого сеанса).

Как правило, к концу первого сеанса психотерапевт формирует план действий. Он сообщает пациенту, сколько еще потребуется

сеансов для того, чтобы пациент имел представление о том, что его ожидает.

Возможен такой план действий в начале обследования [22].

Начало обследования

Пояснения клиенту в процессе обследования

Проведение от одного до четырех сеансов

Оценка видов поведения, несущих угрозу жизни и здоровью

Оценка органических причин заболевания

Выяснение психиатрического диагноза

Постановка психотерапевтом вопросов и выслушивание ответов на них

Выяснение опасений пациента в связи с началом психотерапии

Приведем схему психодинамической оценки клиента [22].

Необходимо исследовать:

обстоятельства возникновения проблемы и обращения за помощью;

историю жизни;

важные объекты в прошлом;

самое раннее воспоминание;

последние или повторяющиеся сновидения;

опыт прежних курсов лечения и воспоминания о проводивших их терапевтах

Следует:

обратить внимание на то, как клиент общается с врачом;

дать подробную интерпретацию полученных данных;

создать благоприятную обстановку сотрудничества с клиентом в целях лучшего понимания его проблем

История жизни пациента является базой для понимания его нынешних отношений с людьми и его защитного стиля поведения. Психотерапевт выслушивает историю жизни пациента, обращая внимание на конфликты, которые ему пришлось пережить, и на личности, с которыми были связаны конфликты; собирает подробные описания каждого из членов семьи пациента и пытается выяснить, какими тот их представляет себе.

3.3. Начало психотерапевтического лечения

Психотерапевтические сеансы начинают с обучения и информирования пациента, поскольку объяснение целей и процесса психодинамической психотерапии очень важно для успешного начала работы.

Пациента обучают путем прямого информирования и объяснения понятий “трансфер” (“перенесение”), “защита”, “сопротивление”, роли его прошлого как образца настоящего, описания “пассивной” манеры поведения психотерапевта. Это позволяет со временем психотерапевту все меньше говорить и больше слушать пациента для того, чтобы понять, как тот организует свой психологический мир. Психотерапевт стимулирует пациента к тому, чтобы он говорил обо всем, что приходит на ум, не редактируя своих мыслей. Этот метод общения, как отмечалось, называется свободным ассоциированием.

Психотерапевт прислушивается к словам клиента и подыскивает “ключи” к тому, что, находясь за пределами сознания клиента, может препятствовать свободному выражению пациентом мыслей. Такие препятствия, как указывалось, называются защитными механизмами.

3.4. Сопротивление и защита

Сопротивление и защита относятся к тем силам в психике пациента, которые препятствуют целям лечения.

Поскольку психотерапевт пытается вернуть болезненные эмоциональные ощущения пациента в его сознание, то, безусловно, от пациента требуется мужество, чтобы снова вернуться к эмоциональному стрессу, который вызывает болезненные воспоминания и чувства. В этой связи пациенты часто сопротивляются процессу лечения.

Сопротивление — клинический термин, применяемый для описания опыта психотерапевта, связанного с преодолением бессознательного сопротивления со стороны пациента и его отказа снова пережить неприятные чувства, относящиеся к конфликтам детства. Это защитные механизмы, вторичная выгода, усиление отреагирования, стремление наказать себя, потребность препятствовать лечению.

Таким образом, *сопротивление* — это общий термин, относящийся ко всем силам в психике пациента, которые противодействуют психотерапевтической работе, связанной с неизбежностью болезненных ощущений.

Во-первых, к сопротивлению относятся перечисленные защитные механизмы, а также следующие примитивные механизмы:

Расщепление — разделение позитивного и негативного в образах “Я”

Примитивная идеализация — преувеличение силы и престижа другого человека

Всемогущество — преувеличение собственной силы

Проективная идентификация — проекция на человека, над которым пациент пытается установить контроль

Во-вторых, к сопротивлению относится так называемое вторичное достижение, или **вторичная выгода** — конкретная выгода, вытекающая из заболевания. Так, пациент часто не хочет расставаться с болезнью, поскольку ему уделяют больше внимания, заботятся о нем и не предъявляют высоких требований.

В-третьих, сопротивлением считается усиление отреагирования.

Отреагирование заключается в попытке разрешения бессознательного конфликта действием, а не словами. Например, пациент стремится удовлетворить конфликтующие импульсы во вредных привычках и извращениях и отвергает всякую возможность сдерживать их или интерпретировать. Во время прилива враждебного или эротического трансфера по отношению к психотерапевту такие пациенты находят партнеров за пределами лечебного сеанса, на которых они переносят и реализуют свои чувства, вместо того чтобы обсуждать их, интерпретировать и овладевать ими в процессе психотерапевтических сеансов.

Сопротивление выражается также в продуцировании пациентом тривиально звучащих ассоциаций, представляющих собой обычный пересказ повседневных событий, не затрагивающий глубин личности, в приглушении или в отсутствии аффекта, в атмосфере скуки, в исключении эмоционально насыщенных подробностей, отсутствии мыслей или в молчании.

Таким образом, в какой бы форме пациент не проявлял сопротивление, это объясняется его стремлением защитить себя от опасности и страхов, ассоциируемых с запрещенными импульсами.

Известны следующие принципы интерпретации сопротивления [22]:

1. Необходимо признать вклад реальности в сопротивление.

2. Следует пациента уважать и понимать механизмы защиты как проявление им силы характера.
3. Необходимо помнить, что пациент должен признать и на собственном опыте испытать последствия сопротивления, и только после этого его можно интерпретировать.
4. Нужно интерпретировать сам факт сопротивления до интерпретации его содержания (“что?” и “почему?”).

Разъясним п. 4. Несмотря на то что защитные механизмы препятствуют исследовательской работе психотерапевта, он все равно должен уважать их как важный источник информации о пациенте. В этой связи защитные механизмы нужно интерпретировать постепенно, избегая резкой конфронтации.

В начале своей практики З. Фрейд интерпретировал бессознательные темы, не обращая внимания на противодействие защит. Однако вскоре он осознал, что интерпретация бессознательного материала, который защитные механизмы человека продолжают отвергать, не помогает в работе с пациентом.

Впоследствии З. Фрейд сформулировал правила, которые в психодинамической психотерапии известны как “интерпретация сопротивления до содержания”, или “интерпретация с поверхности вниз”. Это означает, что психотерапевт вначале выявляет сопротивление и привлекает к нему внимание пациента. Затем осведомляется о потребности пациента сопротивляться в определенный момент. Постепенно психотерапевт может разъяснить пациенту, против чего направлена его защита.

Кроме сопротивления, которое вытекает из типичных защитных механизмов, свойственных характеру пациента, существует еще несколько видов “трансферных сопротивлений”. Например, сопротивления возникают тогда, когда пациент начинает испытывать сильные чувства к психотерапевту. Такие чувства могут полностью изменить направление лечения, отвлечь пациента от рациональной цели раскрытия и разрешения конфликтов, которые привели к возникновению его симптомов [22].

3.5. Трансфер

Концепция трансфера занимает одно из ведущих мест в психодинамической теории З. Фрейда. Основатель психоанализа рассматри-

вал трансфер как часть любых человеческих отношений, которая заключается в том, что люди строят взаимоотношения в настоящем с помощью воспроизведения эмоционально значимых аспектов своих взаимоотношений в прошлом.

В узком смысле, т. е. в рамках процесса психодинамической психотерапии, **трансфер** означает перенесение пациентом на фигуру психоаналитика собственных неотрагированных комплексов, уходящих корнями в раннее детство, и является важным аспектом психоаналитических видов психотерапии.

В более широком смысле **трансфер** — это опыт действия, чувствования и восприятия по отношению к другому человеку, который как бы становится какой-то значимой фигурой из прошлого пациента.

Так, незнакомый человек изучается с помощью идей, мыслей и чувств, которые предназначались старому другу, родственнику, любимому человеку или даже врагу.

Вместо термина “трансфер” в отечественной психотерапии часто используют **“перенесение”**.

Для каждой пары “пациент — психотерапевт” трансферные отношения — это уникальный и необходимый опыт.

Развитию трансфера способствуют следующие факторы:

- потребность вновь пережить опыт прошлого в настоящей жизни;
- пассивность психотерапевта;
- относительно свободное ассоциирование пациента;
- интерпретация защит;
- интерпретация трансфера.

Существуют определенные правила, с помощью которых психотерапевт работает с трансфером. Психотерапевт всегда должен проявлять интерес к тому, что думает о нем пациент, какие испытывает чувства. Для того чтобы помочь пациенту понять суть трансфера и приступить к развитию у пациента способности работать с трансфером, психотерапевт должен привлечь внимание пациента к этой направленности его мыслей: например, способствовать оживлению прошлого пациента, помогать вспоминать историю его жизни, помогать понять его личностные реакции в тех или иных жизненных ситуациях.

Таким образом, в психодинамической психотерапии трансфер — один из важнейших инструментов. Он является движущей силой

процесса, благодаря которому трудности пациента “оживают” и материализуются в кабинете психотерапевта, что позволяет глубже изучить их. Вместе с тем трансфер — это способ, с помощью которого пациент вспоминает то, что забыл и что является бессознательным источником психических страданий.

Большая часть психической активности человека направлена на то, чтобы с помощью особого способа мышления сохранить бессознательное за пределами сознания. В силу того что трансфер, как правило, вызывает оживление давно забытых, конфликтных аспектов взаимоотношений, пациент стремится оторгнуть содержащиеся в них чувства, мысли, эмоции, а вместе с этим отвергает помощь психотерапевта и старается прервать процесс психотерапии. Однако если психотерапевт и пациент вместе преодолевают этот сложный момент, то у них появляется возможность понять и “проработать” ранний опыт, имеющий фундаментальное значение для жизни пациента. При многих расстройствах, особенно при неврозах, проявления этого опыта включают в себя эдиповы чувства сильной любви или ненависти к родителям. В этом случае трансфер помогает пациенту познать, понять и научиться контролировать импульсы, которые, став осознанными, перестают быть тем, чем были: всемогущими желаниями ребенка. Такой процесс называется *“проработкой”*.

Однако даже при успешной проработке детские импульсы могут укрыться в бессознательном и вызывать психологический конфликт и боль. Психодинамическая психотерапия, рассчитанная на успех, учитывает этот момент и стремится вооружить пациента познаниями, научить его самоанализу, умению поддерживать хорошее самочувствие и полностью владеть собой.

3.6. Контртрансфер

Контртрансфер (контрперенесение) — это эмоциональная реакция психотерапевта на пациента. В целом контртрансфер понимается как трансфер психотерапевта по отношению к пациенту и как ответ на трансфер пациента. В отечественной психотерапии вместо термина “контртрансфер” используют термин **“контрперенесение”**.

Как и все виды трансфера, контртрансфер психотерапевта — результат перенесения его бессознательных конфликтов.

В последнее время термин “контртрансфер” все чаще используют для описания почти всех эмоциональных реакций психотерапевта на пациента в психотерапевтической ситуации. Причем, такие реакции могут быть либо потенциальным препятствием, либо ускорением, инструментом для лучшего понимания пациента. Так, психотерапевт может заметить главные конфликты пациента через наблюдение собственных незначительных эмоциональных реакций, исследуя их с помощью самоанализа и рассматривая, с одной стороны, как возможные отзвуки собственного бессознательного, с другой — как реакцию на озабоченность пациента, скрытую в его словах, манере поведения, фантазиях.

Таким образом, контртрансфер может предоставить определенную возможность для успешных действий. Например, начинающие психотерапевты могут быть особенно чувствительны к недооценке их работы со стороны враждебно настроенного пациента. К тому же пациенты действительно очень часто ранят чувства психотерапевтов, досаждают им. Однако слишком продолжительные раздумья о том, насколько адекватны эмоциональные реакции пациента по отношению к психотерапевту, как позитивные, так и негативные, могут отвлечь внимание от важнейшего фактора присутствия трансфера. Например, в ответ на обвинение в безразличии психотерапевт и в самом деле почувствовал скуку, стал недоступен и выбрал оборонительную позицию. Самым главным в этой эмоциональной ситуации является способность психотерапевта осознать, что его контртрансфер может быть отзвуком эмоциональной позиции пациента, которую тот занимал в течение всей своей жизни.

В приведенном случае пациентка страдала от критики, чувствуя себя недооцененной, нелюбимой и недостойной любви, вследствие чего в детстве она занимала отдаленную и свехкритическую позицию, чтобы защитить свои чувства. В этой связи психотерапевт может рассматривать собственные реакции и оценки как возможное “окно”, открывающееся в область опыта пациента. Причем, как правило, чем запутаннее реакция психотерапевта, тем вероятнее эти реакции отражают скрытое, важное, конфликтное состояние пациента.

В психодинамической психотерапии различают два вида контртрансферных реакций:

- **согласующуюся**, когда психотерапевт эмпатически переживает состояние пациента;
- **дополнительную**, когда психотерапевт переживает эмоциональное состояние какой-то значительной личности в жизни пациента.

Для анализа контртрансфера существуют определенные правила, следую которым психотерапевт обязан:

- принимать во внимание вопросы своего прошлого и настоящего, их возможное влияние на ситуацию лечения;
- не принимать на свой счет чувств, выражаемых пациентом;
- использовать контртрансфер для подготовки интерпретаций;
- использовать контртрансферный гнев для понимания враждебности пациента;
- анализировать свои эмоциональные реакции для нахождения “ключа” к динамике пациента;
- на опыте переживать дополнительный контртрансфер, искать согласующийся контртрансфер.

Рассмотрим потребность психотерапевта в личном психоанализе.

Еще З. Фрейд обратил внимание на то, что психоанализ — чрезвычайно трудная работа, пробуждающая в психотерапевте как сознательные, так и бессознательные желания, страхи и конфликты. В этой связи З. Фрейд требовал от последователей его теории не только психоаналитической подготовки, но и периодического личного психоанализа [25].

Если у психотерапевта нет возможности пройти курс личного психоанализа, то ему надо хотя бы организовать для себя консультации на постоянной основе со специалистом по психоанализу или психодинамической психотерапии.

3.7. Анализ сновидений и ошибочных действий

Анализ сновидений. Зачастую сновидения становятся “окном”, через которое можно “подсмотреть” бессознательные идеи или воспоминания, имеющие важнейшее значение для жизненного опыта пациента.

На начальном этапе лечения психотерапевт объясняет пациенту сущность сновидений, их связь с опытом бодрствования, показывает, что сновидения можно анализировать и понимать их смысл. Такое первоначальное понимание подготавливает пациента для восприятия более глубоких и бессознательных значений сна, в которых отражаются его детские страхи и желания. Таким образом, лежащие где-то в глубине сознания страхи, беспокоящие пациента и отражающиеся в его снах, можно постепенно выявить, проанализировать,

понять их значение, если только пациент обучится анализу сновидений. Кроме того, сновидения становятся моделью функционирования психики, которую пациент может использовать и понимать.

В психодинамической психотерапии сновидения применяются в следующих аспектах [22]:

- выяснение защитных механизмов и сопротивлений;
- определение и иллюстрация трансфера;
- превращение бессознательной динамики конфликтов и воспоминаний в сознательную;
- продолжающийся самоанализ.

Анализ ошибочных действий. К ошибочным действиям в психоанализе относятся оговорки, описки, очитки, ослышки, а также забывание намерений, имен, названий, переживаний, упрятывание и якобы утерю вещей. К ним же относятся заблуждения, действия “по ошибке” и т. д.

З. Фрейд считал, что ошибочные действия не случайны, а представляют собой психические акты, в которых можно найти смысл и намерение. Эти психические акты возникают в результате одновременного действия (противодействия) противоположных желаний. При этом одно из конкурирующих желаний, как правило, то, которое не приносит удовольствия, выталкивается в подсознание и может проявляться в том или ином ошибочном действии.

Безусловно, З. Фрейд признавал причиной ошибочных действий и такие факторы, как волнение, утомление, рассеянность, недомогание. Однако он не считал их главными, так как любые ошибочные действия возможны у совершенно здорового, хорошо отдохнувшего человека. Приведем примеры ошибочных действий [25].

Во вступительной речи профессор говорит: “Я не склонен (вместо “не способен”) оценить заслуги своего уважаемого предшественника”.

Президент палаты депутатов открывает заседание словами: “Господа, я признаю число присутствующих достаточным и объявляю заседание закрытым” (вместо “открытым”).

Обе оговорки, по мнению З. Фрейда, имеют скрытый смысл. В первом случае профессор не желал признавать заслуги предшественника, во втором — президент не ожидал от заседания эффективной работы и сразу же готов был его закрыть.

Резюмируем изложенное. Анализ сновидений имеет определенное значение как для психотерапевта, так и для пациента. Пациенту

должно быть понятно, что сновидения — это особая форма мышления, которая может быть частью ассоциаций. Для психотерапевта не существует лучшего способа работы со сновидениями, чем понимание собственных снов в контексте определения того, что является бессознательным у него самого [22].

3.8. Окончание психотерапевтического лечения

В начале лечения время окончания психодинамической психотерапии определить невозможно, поскольку процесс лечения может длиться несколько лет. Часто изменения происходят крайне медленно, через накопление минимальных, трудно распознаваемых сдвигов состояния психики пациента.

Различают следующие критерии завершения психодинамической психотерапии:

- пациент чувствует облегчение, симптомы воспринимаются им как нечто чуждое;
- пациент понимает свои характерные защитные механизмы;
- пациент способен понять и признать свои характерные трансферные реакции;
- пациент овладел самоанализом в качестве метода разрешения внутренних конфликтов.

На завершающем этапе лечения психотерапевт и пациент обращают внимание на то, что больше не поступает новый материал и не возникают какие-либо новые сопротивления. Напротив, отмечается все более продуктивная работа пациента, который использует на практике все, чему его обучили.

Если лечение длилось несколько лет, то дата его окончания может быть определена заранее (за несколько месяцев).

Часто в контексте завершения лечения у пациента наблюдаются рецидивы симптомов заболевания и возврат к старым трансферным образцам и стилям взаимодействия с психотерапевтом. Психотерапевт не должен ни удивляться, ни отчаиваться в такой ситуации, а использовать ее как возможность для пациента на практике применить полученные в процессе лечения знания и умения.

На завершающей стадии лечения функции психотерапевта постепенно выполняет пациент. Он начинает более интенсивно заниматься

самоанализом для понимания и разрешения внутренних конфликтов. Этот процесс требует от психотерапевта особого внимания к пациенту. Психотерапевт должен поощрять самостоятельные усилия пациента, направленные на собственную интерпретацию трансферного сопротивления, не мешать ему и не раздражать.

Следует подчеркнуть, что завершение лечения не означает, что пациенту удалось реализовать все свои надежды и желания. И в этом случае неизбежны разочарования. Однако пациенты, которые овладели психологическими инструментами для понимания внутренних конфликтов и научились разрешать последние, могут осознать сложившуюся ситуацию и сделать соответствующие выводы [22].

И наконец, изложим проблемы психотерапевта. Наблюдение за собой и беседы с коллегами зачастую позволяют ему заглянуть в себя и тем самым избежать чувства полной изоляции. Личный психоанализ или глубинная психодинамическая психотерапия призваны помочь ему понять собственные ответные реакции на эмоционально интенсивную завершающую фазу лечения. В этой связи рассмотрим такое понятие, как “супервизия”.

Супервизия — это форма консультирования психотерапевта в процессе его работы с более опытным, специально подготовленным коллегой, позволяющая психотерапевту (супервизируемому) систематически видеть, осознавать, понимать и анализировать свои профессиональные действия и профессиональное поведение.

Таким образом, супервизия направлена на психотерапевтический процесс и призвана пополнять знания психотерапевта, развивать навыки и умения, способствующие его профессиональной деятельности [16].

Супервизию осуществляет **супервизор** — специально подготовленный психотерапевт, который наблюдает за протеканием психотерапевтического процесса, а затем обсуждает с супервизируемым определенные аспекты этого процесса.

Супервизор может присутствовать на сеансе психотерапии, но обычно он располагается за специальным экраном либо использует аудио- и видеозаписи сеанса или, наконец, просто выслушивает отчет супервизируемого о проведенном сеансе [9].

Процесс супервизии отличается от процесса обучения, поскольку в первом практически не используются прямые директивные указания и вмешательства, т. е. процесс супервизии носит скорее характер консультации коллеги. В то же время супервизия не решает задач

психотерапии самого психотерапевта, если они не связаны с профессиональной деятельностью супервизируемого.

Материалом для консультирования в процессе супервизии служат [16]:

- проблемы самопонимания и самовосприятия;
- теоретические знания и профессиональные навыки;
- отношения с другими людьми, прежде всего с участниками супервизии;
- формальные и организационные вопросы психотерапевтической практики;
- отношения с пациентом.

Супервизия может осуществляться как индивидуально, так и в групповой форме.

Вопросы для самоконтроля

1. Сущность психодинамической психотерапии.
2. Что такое “сопротивление” в рамках концепции психодинамической психотерапии?
3. Что означают понятия “трансфер” и “контртрансфер”?
4. Сущность супервизии.

Аналитическая психология и психотерапия К. Юнга

4.1. Психотерапевтический процесс по К. Юнгу

Основателем аналитической психологии является швейцарский психолог и психиатр **Карл Юнг** (1875–1961) [16]. В юношеские годы он увлекался философией и будущую профессию видел на стыке философии и медицины. Закончил медицинский факультет университета в Базеле (Швейцария). С 1900 г. работал ассистентом в психиатрической клинике Цюриха, которую возглавлял Э. Блейлер. В 1905–1906 гг. преподавал психиатрию в Цюрихском университете. С 1907 по 1912 г. активно сотрудничал с З. Фрейдом, став его виднейшим последователем. С 1911 по 1914 г. возглавлял Международное психоаналитическое общество.

Однако в 1913 г. К. Юнг отходит от учения З. Фрейда. Это связывают с выходом его книги “Метаморфозы и символы либидо”, где отвергалась сексуальная интерпретация либидо. С 1913 г. К. Юнг занимался частной психоаналитической практикой, много путешествовал, посетил Северную Африку, США, Мексику, Кению, Цейлон (Шри-Ланка). Ученый интересовался даосизмом, буддизмом, сохранил интерес к философии. “Вопреки растущим научным интересам, — писал он, — я время от времени возвращаюсь к моим научным книгам”. В результате изучения различных культур он сформулировал понятие “коллективное бессознательное”. В работе “Психологические типы” (1921) К. Юнг изложил концепцию интроверсии и экстраверсии.

В 1933 г. К. Юнг становится президентом Международного психотерапевтического общества, в 1948 г. открывает в Цюрихе Институт аналитической психологии.

Психотерапию К. Юнг рассматривал как разновидность образовательного процесса, поскольку в отличие от З. Фрейда предпочитал говорить не о болезни пациента, а об “общем неврозе возраста”. В практической деятельности К. Юнгу, как правило, приходилось

иметь дело с людьми во второй половине их жизни, что позволило ему сформулировать не клиническое, а философское понимание проблем пациентов, связанное с утратой ими смысла бытия. Поэтому цель психотерапии он видел в обучении людей постигать собственный внутренний мир, что ведет к углублению полноты гармонического бытия.

Основные понятия и методы аналитической психологии и психотерапии К. Юнг сформулировал в Тавистокских лекциях (Лондон, 1935 г.). В структуру психического бытия человека, согласно К. Юнгу, входят две фундаментальные сферы: сознание и бессознательное. В свою очередь, бессознательное К. Юнг подразделял на индивидуальное и коллективное. К коллективному бессознательному исследователь относил содержание психики не отдельного индивида, а всего человечества как некоего общего целого, коллективного по природе. Эти коллективные типы (или образцы) он назвал архетипами.

Архетип (от греч. ἀρχήτυπος — первообраз) — способ связи образов, переходящих из поколения в поколение.

Согласно К. Юнгу, архетипы представляют собой структурные элементы человеческой психики, скрытые в коллективном бессознательном, общем для всего человечества. Они наследуются подобно тому, как наследуется строение тела. Архетипы задают общую структуру личности и последовательность образов, всплывающих в сознании при пробуждении творческой активности, поэтому духовная жизнь несет на себе архетипический отпечаток.

Таким образом, **архетип** — это форма без собственного содержания (отпечаток), которая организует и направляет психические процессы.

Исследователи В. Кондрашенко и Д. Донской [10] сравнивают архетипы с высохшим руслом, которое определяет рельеф реки, но рекой может стать только тогда, когда по нему потечет вода. И если продолжать сравнивать, то суть архетипа как раз и заключается в том, что вода (психические процессы) потечет по этому руслу, а не вспять.

Архетипы проявляются в виде символов: в образах героев, мифах, фольклоре, обрядах, традициях и т. п. Поскольку обобщенный опыт наших предков достаточно богатый, то и архетипов существует множество. Главные из них — архетипы Матери и Отца. Причем эти архетипы определяют не только реальные образы отца и матери, но и собирательные. Так, к архетипу Матери можно отнести и собира-

тельный образ женщины, реальной или мифической: Дева Мария, Мать, Венера, Фея. Это может быть также не только положительный, но и отрицательный образ: Мачеха, Ведьма, Баба Яга, Злая Колдунья. Архетип Отца определяет общее отношение к мужчинам: Отец, Илья Муромец, Богатырь, Мудрый Старец, Закон, а также Деспот, Кощей Бессмертный, Злой Колдун.

Таким образом, К. Юнг освободил психику от укорененности в прошлом и в сексуальности, ввел ее в широкий социокультурный контекст цивилизации. В аналитической психотерапии психотехника аналогична психоанализу, однако в ней больше внимания уделяется толкованию сновидений, причем это толкование выходит за рамки сексуальной тематики, а их символика трактуется относительно культурологии.

Психотерапевт юнгианского направления строит свои отношения с пациентом следующим образом. С одной стороны, как и психоаналитик фрейдистского толка он использует трансфер и контртрансфер (перенесение и контрперенесение), а с другой — в отличие от фрейдистов стремится помочь пациенту углубить его самопонимание во всех доступных направлениях его связи с миром.

К. Юнг в отличие от З. Фрейда считал, что сон ничего не скрывает и не маскирует, он закончен и целостен. Сон выполняет компенсаторную функцию, регулирующую деятельность психики. Задача психотерапевта состоит в том, чтобы проанализировать сон как сигнал бессознательного о том, что индивид “отклонился от собственного пути”.

Появление в снах мифологических, архетипических образов свидетельствует об исцелении, т. е. процесс излечения, согласно К. Юнгу, связан с целостной личностью, “самостью”, или ключевым архетипом.

4.2. Структура личности по К. Юнгу

К. Юнг ввел понятие “психея”, которое характеризует личность как целостность. В пределах психеи циркулирует “жизненная энергия”, либидо. Любой дисбаланс в распределении этой энергии вызывает компенсаторные тенденции.

В структуру психеи (целостной личности) входят следующие компоненты:

- внутренний мир;

- внешний мир;
- эго;
- персона (маска); } область сознания;
- сознание;
- “самость” } объединение сознания
- личное бессознательное; } и бессознательного;
- анимус у женщин и анима у мужчин; } область
- “тень”. } бессознательного

Рассмотрим некоторые из этих понятий.

Эго (собственно “Я”) — центр поля сознания личности.

Персона (маска) — верхний слой, фасад личности, который включает социальные роли, стиль поведения, предпочитаемую внешность, т. е. это облик человека, который он представляет другим.

“Самость” — центральный архетип в структуре Эго. Это архетип упорядоченности и целостности личности. Согласно К. Юнгу, “самость” есть качество, превосходящее сознательное Эго. Оно охватывает не только сознание, но и несознательную психею. “Самость” — это архетип потенциала человеческой личности, конечная цель самоосуществления [3].

Личное бессознательное — зона, смежная с Эго. Она состоит из забытых переживаний, которые могут время от времени воскресать. Как и у З. Фрейда, личное бессознательное исследуется через ошибки, описки, ошибочные действия.

Коллективное бессознательное (архетипы) — центральное понятие теории К. Юнга, которое он определил как “кладовую мировых процессов, отложенных в структуре мозга и симпатической нервной системы, составляющих в совокупности вневременной и вечный образ мира, в противовес нашей сознательной одномоментной картине мира” [3]. Примеры архетипов: Мать, Отец, Герой, Дитя.

Анимус у женщин и **анима** у мужчин — архетипы. Анимус воплощает мужское начало у женщин, анима — женское начало у мужчин. Проявляются эти архетипы зачастую в отношениях между мужчиной и женщиной. Например, женщина может проецировать свой анимус на определенного мужчину и в этой связи воспринимать его как сильного, мужественного, способного защитить, а мужчина в это время, находясь во власти архетипа Матери, испытывает потребность в опеке, что приводит к межличностному конфликту.

“Тень” — архетип, представляющий собой “темную”, “низкую”, греховную инстанцию личности. Это то неприятное человеку в самом себе, что он прячет от себя и других. Вместе с тем К. Юнг считал, что “тень” может положительно влиять на человека не только фактом ее принятия, но и тем, что она может трансформироваться в положительном направлении, когда ее содержание признается естественным.

Именно к идее К. Юнга о “самости” восходят современные концепции самореализации, столь популярные в различных направлениях мировой психологии [3]. Детальнее концепция самореализации развивается в гуманистическом направлении психотерапии.

4.3. Периоды жизненного цикла

З. Фрейд выделил пять основных стадий психического развития в качестве базисных для определения фиксаций на них как источнике личностной проблематики. К. Юнг, считая подход З. Фрейда редуccionистским (сводящим психологию к физиологии), предпочитал вести речь о некоторых общих периодах жизненного цикла. Вместо понятия “фиксация” К. Юнг использовал термин “незрелость”. Рассмотрим детальнее каждый из периодов, предложенных К. Юнгом.

Досексуальный период — от рождения до 3 лет. Основная характеристика периода: кормление, физический и психический рост, сексуальный инстинкт незначимый. На этой стадии жизнь индивида характеризуется беспроблемностью, так как примитивному сознанию недоступны серьезные противоречия.

Предпубертатный период — от 3–5 до 10–13 лет. Основные задачи этого периода — расширение объема сознания путем обучения и постепенное (хотя и неполное) обретение автономии относительно семьи. В этот период получают начальное развитие сексуальные инстинкты. К. Юнг в отличие от З. Фрейда не выделял детские влечения к родителям противоположного пола.

Пубертатный период — от 10–13 до 19–20 лет у девушек и до 25 лет у юношей. Заметим, что такое не обусловленное физиологией продление периода — характерная для К. Юнга тенденция значительно расширять пространство жизни, что связано с его психотерапевтической установкой: не дать клиенту почувствовать, что он

“уже за холмом”. В этот период на индивиде лежит не только тяжелое бремя сексуальности, но и проблемы социального самоопределения и самоутверждения. Подросток и юноша сталкиваются с противодействием и влиянием родителей, с необходимостью выбора жизненного пути. Впервые возникает опасность одностороннего развития.

Юность — от 20–25 до 35–40 лет. Это стадия, когда, согласно К. Юнгу, индивид должен “проложить собственную дорогу” в жизни, в противном случае его ожидают психологические проблемы. Общими направлениями и содержанием активности в этот период являются создание семьи, рождение детей и обустройство собственного дома, а также служебный рост и профессиональное совершенствование. Особые проблемы этого периода заключаются “в преодолении очарования материнской анимой” для мужчин или “анимуса отца” для женщин. В целом же этот период характеризуется высокой ответственностью и растущим сознанием (знанием, смыслом).

Средний возраст — от 40 до 60–65 лет. После 40 лет наступает вторая половина жизни. Своеобразие этого периода состоит в том, что уже прожито достаточно много, но смысл жизни оказывается еще нераскрытым. Закончилось познание мира и начинается углубление во внутреннюю природу. Это время пожинать плоды своих усилий.

Старость — от 60–65 лет. В этот период, считал К. Юнг, необходимо принять свой возраст как старость, поскольку такова реальность жизни. (Заметим, однако, что в связи с увеличением продолжительности жизни в настоящее время границы старости отодвинулись за 70 лет.) К. Юнг интересовался этим периодом жизни человечества едва ли не больше всех остальных представителей психологической науки и полагал, что в этом возрасте надо жить, глядя не назад, а в себя. Старость — исключительно плодотворный период для личного развития, так как открывает путь для осуществления потенциала “самости”. Мужчины становятся более женственны, женщины — более мужественны, а равнодействующая анимы и анимуса открывает путь к гармонии.

Современные исследования частично подтверждают рассмотренное положение К. Юнга: по мере старения мужчина приобретает традиционно женские черты поведения (пассивность, восприимчивость, привязанность, депрессивность) и утрачивает типично мужские качества, что связывается со снижением уровня тестостерона.

Старость — это период, когда телеология жизни трансформируется в ее продолжение за пределами земного бытия индивида, уступая место религиозному опыту [3].

4.4. Основные теоретические положения в психологии К. Юнга

Свою теорию К. Юнг назвал аналитической психологией с целью отграничить ее от психоанализа З. Фрейда. Придавая, как и З. Фрейд, решающее значение в регуляции поведения бессознательному, К. Юнг наряду с его индивидуальной (личной) формой выделил коллективную, которая никогда не может стать содержанием сознания. **Коллективное бессознательное** образует автономный психический фонд, в котором запечатлен передающийся по наследству (через структуру мозга) опыт предшествующих поколений. Находящиеся в этом фонде первичные образования — архетипы (общечеловеческие первообразы) — лежат в основе символики творчества, различных ритуалов, сновидений и комплексов.

В качестве метода анализа скрытых мотивов К. Юнг предложил тест на ассоциацию слов (ассоциативный эксперимент). Неадекватная реакция или задержка реакции на слово-раздражитель указывает на наличие комплекса. **Комплекс** — неосознаваемое образование, которое обуславливает структуру и направленность сознания. Например, эдипов комплекс, комплекс вины и пр.

Целью психического развития человека К. Юнг считал **индивидуализацию** — стремление Эго к слиянию с “самостью” — особую интеграцию содержания коллективного бессознательного, благодаря которой личность реализуется как уникальное неделимое целое.

Под либидо К. Юнг понимал не только сексуальную, но и любую жизненную энергию.

И наконец, предложенная К. Юнгом типология характеров, согласно которой имеются две главные категории людей — **экстраверты** (*направленные на внешний мир*) и **интроверты** (*направленные на внутренний мир*), получила широкое распространение в конкретных психологических исследованиях личности, выходящих за рамки аналитической психологии.

К. Юнг был на 20 лет моложе З. Фрейда, и этот разрыв в возрасте, а следовательно, и во времени развертывания активной профес-

сиональной деятельности позволил К. Юнгу сделать существенный шаг в преодолении биологического редукционизма ортодоксального психоанализа и создать предпосылки феноменологически экзистенциального направления в психотерапии [3].

Вопросы для самоконтроля

1. Что означает понятие “архетип”?
2. Приведите примеры архетипов, наиболее часто встречающихся в народных сказках.
3. Какие периоды жизненного цикла выделял К. Юнг и какому отдавал предпочтение?
4. Что подразумевал К. Юнг под понятием “либидо”?

Индивидуальная психология и психотерапия А. Адлера

5.1. Основные положения учения А. Адлера

Основателем индивидуальной психологии является австрийский психолог **Альфред Адлер** (1870–1937) [16]. Родился в Вене, умер в Шотландии во время лекционного турне по странам Европы. В 18 лет А. Адлер поступил в Венский университет, где изучал медицину.

Свой выбор профессии врача А. Адлер объяснял частыми болезнями в детстве и связанным с ними страхом смерти. По этой же причине у него возник в дальнейшем интерес к идеям компенсации и органической неполноценности. После окончания университета А. Адлер работал врачом-офтальмологом, потом — терапевтом. Постепенно его интересы стали смещаться в область неврологии и психиатрии.

В 1902 г. А. Адлер одним из первых вступил в кружок психоаналитиков, организованный З. Фрейдом. В 1910 г. З. Фрейд выдвинул его на пост первого президента Венского психоаналитического общества. Однако к 1911 г. теоретические расхождения между З. Фрейдом и А. Адлером стали настолько серьезными, что последний вынужден был отказаться от поста президента Общества и покинуть его. Он основал собственную Ассоциацию индивидуальной психологии, идеи которой стали распространяться по всей Европе.

Помимо исследований в сфере психологии и психотерапии А. Адлер занимался педагогикой, обучением учителей, организацией консультативных центров в школах, где родители могли получать советы по вопросам воспитания детей и взаимоотношений в семье. Он совершал поездки с лекциями по странам Европы и Америки, пользуясь репутацией незаурядного оратора. После прихода к власти в Германии нацистов А. Адлер переехал из Европы в США, где с 1932 г. преподавал медицинскую психологию в Лонг-Айлендском колледже.

Созданная А. Адлером теория индивидуальной психологии явилась крупным шагом вперед в понимании человека как индивидуума, неповторимости и уникальности его жизненного пути. Именно индивидуальная психология предвосхитила многие положения гуманистической психологии, экзистенциализма, гештальттерапии и других прогрессивных течений психологической науки и практики.

Научные позиции А. Адлера и З. Фрейда расходятся во всем, кроме одной: личность в основном складывается в первые пять лет жизни. В остальном А. Адлер занимал позиции, противоположные ортодоксальному фрейдизму. Рассмотрим основные положения учения А. Адлера.

Неполноценность и превосходство. Человек — это прежде всего сознательное существо, которое самоопределяется в жизни посредством свободы выбора, обретения смысла жизни и стремления к самореализации.

Главным препятствием на пути самореализации человека является базисное чувство неполноценности, в преодолении которого стоит личностное развитие.

У больных неврозом чувство неполноценности выражено особенно сильно, в связи с чем и жизненные цели могут приобретать преувеличенный, нереалистичский характер. Корни чувства неполноценности необходимо искать в детстве (до пяти лет). Ребенок из-за неразвитости своих органов, недостатка знаний и умений испытывает чувство неполноценности. Пытаясь преодолеть это чувство и самоутвердиться, он ставит перед собой определенные цели. Когда эти цели реалистичны, личность развивается нормально, а когда призрачны — становится невротичной и асоциальной. Уже в раннем возрасте может возникнуть конфликт между природным социальным чувством, которое А. Адлер называл “чувством человеческой солидарности, товарищества”, и чувством неполноценности, которое вводит в действие механизмы компенсации и сверхкомпенсации (гиперкомпенсации) [1].

Компенсация (от лат. *compensatio* — уравнивание, уравновешивание) — возмещение определенных недоразвитых функций или способностей путем использования других функций или способностей. Так, ученик, не имеющий достаточно высокого уровня интеллекта для того, чтобы хорошо учиться, развивает себя физически и становится самым сильным и ловким в классе.

Гиперкомпенсация — компенсация человеком какого-либо собственного реального или воображаемого недостатка неадекватно преувеличенными способами. Например, мужчина или женщина, которые считают себя сексуально непривлекательными, могут вступать в многочисленные сексуальные связи, чтобы доказать себе и другим обратное.

Гиперкомпенсация порождает стремление личности к власти, превосходству над другими и отклонение от социально ценных норм поведения. При сильной выраженности чувства неполноценности, характерной для невротиков, они могут ставить перед собой невыполнимые задачи. У невротика часто наблюдается значительное расхождение между сознательными и неосознаваемыми целями, вследствие чего он игнорирует возможность реальных достижений и предпочитает фантазии на тему личного превосходства.

Задача психотерапевта в данном случае — помочь пациенту осознать неадекватность его мотивов и целей, с тем чтобы стремление компенсировать свою неполноценность получило выход в реальных творческих актах.

Итак, сформулированная еще в 1907 г. идея о неполноценности (прежде всего физической) как существенного обстоятельства, влияющего на поведение, в совокупности с понятиями “компенсация” и “сверхкомпенсация” стала фундаментальным положением в концепции А. Адлера. Согласно А. Адлеру, *неполноценность, компенсация и социальная среда* — переменные, взаимодействие которых приводит к стремлению быть значительным и превосходить других. А неповторимый путь, каким вырабатывается способ самоутверждения, и составляет *индивидуальность* [3].

Стиль жизни. В своей индивидуальной психологии А. Адлер исходил из того, что структура личности (индивидуальность) ребенка закладывается в раннем детстве (до 5 лет) в виде особого стиля жизни, который предопределяет последующее психическое развитие.

Стиль жизни — уникальный способ, который выбирает человек для реализации своих жизненных целей. Это интегрированный способ приспособления к жизни и взаимодействия с ней.

Симптомы болезни или черты личности в рамках индивидуальной психологии могут быть поняты лишь в контексте стиля жизни как своеобразное его выражение [1].

Схема апперцепции. В рамках своего стиля жизни каждый человек создает собственное представление о себе и о мире. Это пред-

ставление А. Адлер назвал *схемой апперцепции*, которая обуславливает его поведение. **Апперцепция** (от лат. *ad* — к и *perceptio* — восприятие) — зависимость восприятия от предшествующего опыта, от общего содержания психической деятельности человека и от его индивидуальных особенностей. Схема апперцепции, как правило, способна к самоподтверждению или самоусилению. Например, изначальное переживание человеком страха может привести к тому, что ситуацию, в которой человек находится, он будет воспринимать как еще более угрожающую.

Чувство общности. Согласно А. Адлеру, если человек активно контактирует с людьми, он никогда не станет невротиком. Таким образом, удовлетворенность жизнью во многом зависит от социального интереса как основы человеческого существования. Согласно А. Адлеру, **здоровая личность** — это личность, способная к продуктивной социальной активности.

В понятие продуктивной социальной активности входят три компонента: *эмотивный, конативный (поведенческий) и когнитивный (познавательный)*. Рассмотрим их подробнее.

Социальные личностные чувства (эмотивный компонент): принадлежность к дому, общности, вера в других, мужество быть несовершенным, человечность, оптимизм.

Социально ориентированное поведение (конативный компонент): помощь, участие, кооперация, эмпатия, ободрение, улучшение (реформация), уважительность.

Когнитивные социально ориентированные допущения (когнитивный компонент): “мои права и обязанности равны правам и обязанностям других”, “мои личные цели могут быть достигнуты во благо общности”, “выживание общества зависит от желания и способности граждан жить вместе, в гармонии”, “я понимаю, что с другими стоит обращаться так же, как я бы хотел, чтобы другие обращались со мной” [3].

Основная идея этого аспекта теории А. Адлера заключается в том, что человек не является самодостаточным существом и поэтому должен учиться взаимозависимости. Опираясь на теорию эволюции Ч. Дарвина, А. Адлер полагал, что способность и потребность кооперироваться являются одной из важнейших форм приспособления людей к среде. Только кооперация людей и согласованность их поведения предоставляют им шанс преодолеть реальную или надуманную неполноценность. Заблокированная потребность в социаль-

ной кооперации и сопутствующее ей чувство неадекватности влекут за собой неумение приспособиться в жизни и невротическое поведение.

“Самость”. Согласно А. Адлеру, “самость” тождественна творческой силе, с помощью которой человек направляет свои потребности, придает им форму и значимую цель. “Самость” управляет индивидуальным реагированием на окружающее. По мнению А. Адлера, основной недостаток в понимании З. Фрейдом личности и вытекающей из этого сущности психотерапевтического процесса заключается в недооценке уникальности человеческой судьбы. “Самость” как раз и является формой этой уникальности. Она активно формирует стиль жизни, отвергая одни переживания и избирательно принимая другие [3].

5.2. Описание психотерапевтического процесса

Согласно А. Адлеру, психотерапевтический процесс предполагает решение следующих задач:

- помощь пациенту в понимании себя;
- снижение чувства неполноценности;
- развитие просоциальной направленности;
- коррекция целей и мотивов с перспективой изменения стиля жизни.

Основной предпосылкой эффективной работы психотерапевта является нахождение ошибки в “картине мира” пациента, из-за которой возникают психологические проблемы. Существует четыре типа таких ошибок:

- недоверие;
- себялюбие;
- нереалистические амбиции;
- недостаток уверенности.

С целью выявления ошибки проводят диагностику, которая заключается прежде всего в изучении информации о “семейном созвездии” пациента и его “ранних воспоминаниях” или значимых событиях детства. Воспоминания, которые первыми приходят на ум, считаются не случайными, а соответствуют психологическим проблемам, которые пациент не смог решить самостоятельно в прошлом и не

может решить в настоящем. В рассказе пациента отражаются негативные обстоятельства, повлиявшие на его личностный рост: физическая неполноценность, эмоциональное отвержение или избыточное потворство со стороны родителей и др. При этом важно обращать внимание на невербальное поведение пациента: мимику, жесты, интонации голоса. Кроме того, следует фиксировать ключевые слова (глаголы), которыми пациент выражает прошлые действия.

Пациент трактуется не как “больной”, а как “растерявшийся”, “обескураженный”, поэтому взаимоотношения психотерапевта и пациента рассматриваются как партнерство. От пациента ожидаются активность, ответственность, стремление к сотрудничеству и доверие к терапевту. В начале психотерапии именно пациент формирует необходимые для контакта условия: цели, план осуществления, возможные препятствия и пути их эффективного преодоления.

В беседах с пациентом психотерапевт должен стремиться создать атмосферу безопасности, доброжелательности, сочувствия и поддержки.

Техника психотерапевтической работы включает в себя такие процедуры [3]:

- установление правильных психотерапевтических отношений;
- анализ динамики личностной позиции пациента;
- поощрение развития самопонимания (инсайта);
- помощь в переориентации.

Эти процедуры соответствуют четырем этапам психотерапии [3]. Рассмотрим их подробнее.

Этап I. Установление правильных психотерапевтических отношений. Главными на этом этапе являются правильные установки в отношении пациента: уважительность, вера в возможности и способности человека, умение слушать, проявление искреннего интереса, поддержка и подбадривание. При этом никаких особых приемов, кроме соответствующих коммуникативных умений, от психотерапевта не требуется.

Этап II. Анализ динамики личностной позиции пациента. На этом этапе главное — добиться понимания, осознания специфики стиля жизни пациента. В этой связи важное место занимает опрос о целях жизни: “В чем Вы видите свое предназначение?”, “Вам нравится Ваша жизнь?” и т. п. Остановимся на специальных техниках этого этапа.

Опросник “Семейное созвездие”. Он содержит вопросы типа “Как Ваш отец относился к детям?”, “Кто был любимым ребенком в семье?”, “В каких отношениях Вы были с отцом и матерью?”, “Каким Вы были ребенком? Которым по счету?”. Цель подобных вопросов — получить картину восприятия пациентом раннего эмоционального опыта, повлиявшего на личностное развитие.

Набор вопросов “Ранние воспоминания”. Опрос проводят примерно так: “Я бы хотел услышать о Ваших самых первых детских воспоминаниях. Пожалуйста, расскажите что-нибудь из самых ранних Ваших впечатлений”, “Хотелось бы услышать Ваше самое яркое воспоминание, относящееся к первым пяти годам жизни”. Как правило, количество подобных просьб не превышает четырех. При этом в ответах пациента важно зафиксировать следующее:

- доминирующую тему;
- повторяющиеся реакции;
- позицию (участник или наблюдатель);
- одиночество или включенность в группу;
- чувства, которые выражаются в воспоминании.

Сновидения. В отличие от фрейдистской и юнговской терапии в адлерианской отсутствует фиксированная символика. Большое внимание уделяется детским снам. Кроме того, сновидения рассматриваются как репетиция будущих действий.

Приоритеты. А. Адлер выделил четыре приоритетные ценности, важные для осмысления стиля жизни:

- превосходство;
- контроль;
- комфорт;
- желание быть приятным.

Для того чтобы установить свойственные пациенту приоритеты, его просят рассказать, как он проводит обычный день: что делает, как чувствует себя, о чем думает, чего избегает и какие чувства вызывает у других. Психотерапевт должен способствовать тому, чтобы пациент осознал свои приоритеты, а не стремиться во что бы то ни стало изменить их.

Подведение итогов. По каждой из предыдущих техник психотерапевт готовит резюме. Затем обсуждает его с пациентом, причем пациент читает текст резюме вслух, а психотерапевт в это время обращает внимание на невербальное поведение пациента. Смысл процедуры состоит в нахождении у пациента главных ошибок в суждениях

о мире и о себе. Среди таких ошибок наиболее распространенными являются такие:

- гиперобобщения типа “Нет в жизни счастья”, “Никто меня не любит”;
- неверие, например “У меня никогда ничего не получится”;
- неосуществимые цели типа “Я должен всем нравиться”;
- ошибочное восприятие жизненных требований, например “Все несправедливо ко мне”;
- отрицание собственной, основополагающей ценности, например “Я — конченный человек”;
- мнимые ценности типа “Главное — добиться своего, неважно, какой ценой”.

Подбадривание. Основная функция подбадривания — признание личного мужества пациента, духовных сил и главное — наличие свободы выбора в поступках на основе обретенного самопознания.

Этап III. Поощрение развития самопонимания (инсайта). На этом этапе основная задача — создать условия для развития самопонимания (инсайта) путем сочетания психологической поддержки и конфронтации, а также соответствующих интерпретаций, с тем чтобы высветить для пациента его неосознаваемые цели, ложные ценности и стиль жизни. В интерпретациях целесообразно использовать намеки, подсказки и предположения, с помощью которых снижается уровень психологической защиты пациента. Конфронтация — один из основных технических приемов в психотерапии. Он заключается в предъявлении пациенту неосознаваемых или амбивалентных (противоречивых) установок, отношений или стереотипов поведения с целью их осознания и проработки. Конфронтация может проводиться как в прямой (жесткой, вербальной) форме, так и в скрытой — с использованием психотерапевтических метафор и невербальных приемов. Например, пациенты с проблемами зависимости или боязнью потерять родителя могут услышать от психотерапевта высказывание, содержащее элементы конфронтации: “Перестаньте думать, что Вы неспособны ухаживать за собой” или “Вы ведете себя как беспомощное, неспособное существо”. После каждого из подобных суждений психотерапевт задает вопрос: “Что Вы думаете или чувствуете в связи с тем, что я сказал Вам?”. Этот вопрос включает пациента в проблемно-решающее поведение.

Итак, смыслом третьего этапа является реальное самопонимание.

Этап IV. Помощь в переориентации. Этот заключительный этап психотерапии известен также под названием **“воплощение инсайта в действие”**. Приведем специальные психотерапевтические приемы, способствующие изменению прежних целей и принятию новых решений.

Антисуггестия. Смысл этого приема состоит в многократном преувеличении пропорций нежелательной активности, благодаря чему обеспечивается помощь пациенту в осознании неадекватности и неуместности нежелательных действий. Например, исследователь А. Бондаренко [3] описывает случай, когда пациент при сильном смущении начинает перекладывать какие-то предметы из одного кармана в другой. На сеансе групповой терапии ему было предложено снова и снова перекладывать предметы из одного кармана в другой. Эта процедура длилась полчаса, после чего пациент, потный и злой, выбежал из комнаты. В дальнейшем эта привычка не проявлялась.

Действие “Как если бы”. Эта психотехника основана на типичной жалобе: “Ах, если бы ...” Пациенту предлагается действовать так, словно пожелание “если бы ...” осуществилось. По сути, эта техника есть ролевая игра, в которой пациент изыскивает возможности неадекватных или “неполноценных” чувств, установок, действий. Такую игру пациент может разыгрывать не только во время сеанса, но и в обычной жизни.

Постановка целей и принятие обязательств. “Делай только то, что приятно”, — так сформулировал А. Адлер смысл этого психотерапевтического приема. Цель должна быть достижима и реалистична, время ограничено. Если цель не достигается, ее можно изменить. В случае удачи пациент поощряется к принятию более долгосрочных обязательств в желаемом для него направлении.

“Поймай себя”. Пациенту предлагается отследить свое деструктивное поведение, но без самообвинения, с юмором. Этот прием — предпосылка того, что позже получило название “самоисследование”.

“Нажатие кнопки”. Этот прием эффективен, когда пациент чувствует себя жертвой негативных эмоций. Ему предлагается расслабиться и обратить внимание на то, какие образы или мысли вызывают у него неприятные чувства, а какие — приятные. После этого пациента учат произвольно регулировать свое эмоциональное со-

стояние “нажатием кнопки”, т. е. принятием решения о том, на каких образах или мыслях лучше сосредоточиться.

Избегание “плакунчика”. Смысл этой техники заключается в том, чтобы психотерапевт не попал в ловушку психологической позиции пациента. Очень часто пациент принимает поведенческую позицию типа “Меня никто не любит, я никому не нужен”. Психотерапевт ни в коем случае не должен подкреплять эту позицию. Его задача — поощрять у пациента поведение, соответствующее психологической зрелости, когда пациент берет на себя ответственность за свой выбор, за свою жизнь.

Резюмируем изложенное. Основная заслуга А. Адлера в том, что он предпринял успешную попытку создать холистическую (целостную) систему психологии, базирующуюся на подходе к каждому человеку как единой целостности в социальном контексте.

Основные вошедшие в концепцию индивидуальной психологии принципы учения А. Адлера — холизм, единство индивидуального стиля жизни, потребность в кооперации или общественное чувство (социальный интерес) и направленность поведения к цели. Причем цели и ожидания, по утверждению А. Адлера, влияют на поведение человека в большей степени, чем предшествующий опыт. Основной же побудительный мотив — стремление достичь превосходства и адаптации к среде. А. Адлер подчеркивал основополагающее влияние социума на каждого человека и важность социальных интересов — чувство общности, кооперации и альтруизма. Ученый отвергал антагонизм сознания и бессознательного в человеке.

Кроме того, А. Адлер одним из первых в психологии обратил внимание на разрушительную роль неправильного семейного воспитания — эмоционального отвержения и попустительства, что приводит к возникновению неврозов.

Вопросы для самоконтроля

1. Что такое компенсация и гиперкомпенсация?
2. Сущность понятия “стиль жизни”.
3. Решение каких задач предусматривает психотерапевтический процесс согласно А. Адлеру?
4. Специальные психотерапевтические приемы, способствующие изменению прежних целей и принятию новых решений.

Гуманистический психоанализ

Э. Фромм

6.1. Основные понятия гуманистического психоанализа

Одним из ярчайших представителей неофрейдизма, автором концепции гуманистического психоанализа является философ, психолог и социолог **Эрих Фромм** (1900–1980) [16]. Он получил философское образование в Гейдельбергском и Мюнхенском университетах Германии, специализируясь на социальной психологии. Позже закончил Берлинский психоаналитический институт и с 1925 г. работал психоаналитиком. В 1925–1932 гг. работал в Институте социальных исследований имени Гете во Франкфурте-на-Майне. Здесь он испытал сильное влияние франкфуртской школы с ее леворадикальной философской направленностью, поэтому имя Э. Фромма ассоциируется у многих исследователей с так называемым фрейд-марксизмом. Э. Фромм действительно стремился синтезировать марксистские идеи с психоанализом и экзистенциализмом. Кроме того, он проявлял интерес к религиозной проблематике: в 1930 г. была опубликована его статья “Христианская догма”, где он пытался объединить марксистскую социологию с психоанализом.

Э. Фромм рассматривал человека как социальное существо. В работе “Бегство от свободы” (1941) он изложил основные положения своей социальной философии, анализируя существование человека в рамках западной цивилизации. В дальнейшем свои идеи он изложил в работах: “Человек для самого себя” (1947), “Здоровое общество” (1955), “Современный человек и его будущее: социально-психологическое исследование” (1960), “Искусство любви” (1962), “Картина человека у Маркса” (1963), “Сердце человека” (1964), “Революция надежды” (1968).

В последних работах “Анатомия человеческой деструктивности” (1973) и “Иметь или быть?” (1976) социальная философия и концеп-

ция гуманистического психоанализа Э. Фромма приобрели завершённый вид. Он предложил основанную на психоанализе теорию реформации общества и построения социализма.

Э. Фромм оценивал человеческие поступки и массовые общественно-политические движения как “механизмы бегства от действительности, которые являются движущими силами нормального поведения человека”. Бессознательные механизмы бегства, находящиеся в более глубоких слоях сознания личности, включают мазохистские и садистские устремления, уход от мира, разрушение и автоматическое подчинение.

С 50-х годов XX в. в творчестве Э. Фромма появилась новая тема — гуманистическая религия. Основные ее положения он изложил в работе “Психоанализ и религия” и развил в работах “Дзен-буддизм и психоанализ” (1960) и “Вы будете как боги: радикальная интерпретация Ветхого Завета и его традиции” (1966).

Э. Фромм был известен, скорее, как теоретик и публицист, нежели как практикующий психолог. Его разработки представляют преимущественно теоретический интерес, так как позволяют проследить развитие психодинамического направления, а также эволюцию психотерапии от личностной терапии к социальной.

Э. Фромму принадлежит определение ряда понятий, повлиявших на развитие представлений о современном обществе и на формирование идеи о необходимости психотерапии не отдельной личности, а общества в целом.

Ученый не делал различий между больным неврозом и здоровым человеком: “Феномены, которые мы наблюдаем у больных неврозом, в принципе не отличаются от таковых у здоровых людей” [28].

Отказавшись от фрейдистского понятия “либидо”, приоритетными Э. Фромм считал социальные и культурные условия, которые, по его мнению, определяют личностное развитие. Вместе с тем он считал, что процесс развития связан с удовлетворением базисных экзистенциальных потребностей. Эти потребности ученый рассматривал как противоположные страстям, т. е. удовлетворение базисной потребности присуще здоровой личности, а стремление удовлетворить противоположную ей страсть присуще невротичу.

Рассмотрим подробнее указанные потребности и их противоположности.

Приобщенность в противовес нарциссизму. Согласно Э. Фромму [15], необходимость единения с другими живыми существами,

приобщенность к ним являются настоящей потребностью, от удовлетворения которой зависит здоровье человека. Эта потребность кроется за всеми явлениями, составляющими гамму человеческих страстей и близких отношений, которые называются любовью в самом широком смысле. В то же время человек, потерпевший полную неудачу в попытках приобщиться хоть к чему-нибудь, т. е. как бы пребывающий в изоляции, психически нездоров.

Потребность в привязанности может удовлетворяться нездоровым способом — подчинением или господством. Как первый, так и второй способ носит характер симбиоза: «Оба участника подобных отношений утрачивают свою целостность и свободу: они зависят друг от друга и живут один за счет другого» [15]. Подобные отношения никогда не приносят удовлетворения — хочется все большего и большего, что в итоге приводит к разрыву. Такое социальное бедствие, как наркомания, может служить примером болезненного подчинения, а тирания — примером господства.

Основным различием деструктивных способов удовлетворения потребности в приобщенности является отсутствие любви. Э. Фромм подчеркивал: «Существует только одно чувство, удовлетворяющее человеческую потребность в единении с миром и вместе с тем дающее ему ощущение целостности и индивидуальности, — любовь. **Любовь** — это объединение с кем-либо или с чем-либо вне себя самого при условии сохранения обособленности и целостности собственного «Я»» [15].

Чувство, противоположное любви, — **нарциссизм**, когда существует только одна реальность — собственные мысли, чувства и потребности.

Преодоление и созидательность в противовес разрушительности. Потребность в преодолении ограниченности своего существования, желание превратиться из твари в творца еще называют потребностью в трансценденции. В конструктивном варианте эта потребность удовлетворяется в различных творческих, созидательных актах. Деструктивный вариант удовлетворения потребности в трансценденции — стремление к разрушению. Когда человек не способен созидать — он разрушает. Согласно Э. Фромму [15], удовлетворение потребности в созидании приводит к счастью, неудовлетворение — к страданию, разрушению и больше других страдает разрушитель.

Укорененность и братство в противовес кровосмешению. Фундаментальная психологическая связь, по Э. Фромму, — это связь с матерью: “Мать — это питание, любовь, тепло, земля. Быть любимым ею, значит быть живым, иметь корни и чувство дома” [15]. Далее семья и род, а позднее государство, нация или церковь берут на себя функции, которые первоначально для человека выполняла мать.

Привязанность к матери Э. Фромм в отличие от З. Фрейда объясняет не сексуальным влечением, а затаенным стремлением остаться в материнском лоне, сохранить связь с матерью, которая обеспечивала защиту, любила и заботилась. И хотя Э. Фромм допускает кровосмешение в качестве удовлетворения потребности в укорененности, но рассматривает это как патологию, противоположность здоровому чувству братства или сыновства.

Потребность в укорененности, по Э. Фромму, носит универсальный общечеловеческий характер и чрезвычайно важна для психологической защищенности индивида.

Тождественность и индивидуальность в противовес стадному конформизму. Потребность в тождественности еще называют потребностью в самоопределении или в персонализации. У человека существует потребность осознавать свое “Я” через сходство и отличие от других. Когда человек использует формулы типа “Я — русский”, “Я — протестант”, “Я — бизнесмен”, он обретает чувство тождественности. Однако зачастую такое чувство тождественности переходит в стадный конформизм, когда человек подчиняется толпе и говорит: “Я такой, как вам угодно”.

Э. Фромм отмечает, что поскольку при отсутствии чувства “Я” невозможно сохранить душевное здоровье, человек стремится делать все, чтобы обрести это чувство. Именно эта потребность скрывается за страстным стремлением достичь общественного положения и в то же время не отличаться от остальных, причем иногда она сказывается даже сильнее, чем потребность в физическом выживании. “Что может быть более очевидным, чем готовность людей рисковать жизнью, отказаться от любви, лишиться свободы и пожертвовать собственными мыслями ради принадлежности к стаду, ради схождения с остальными и обретения, таким образом, чувства тождественности, пусть даже иллюзорного” [15].

Потребность в системе ориентации и потребность в поклонении в противовес иррациональности. Потребность в системе ориентации у человека выражается в поисках и определении смысла жизни, а для

этого необходимо иметь “картину мира” (неважно — реальную или нереальную). Эта потребность, как считает Э. Фромм, существует на двух уровнях:

- потребность в какой-либо системе ориентации (если таковой нет, человека нельзя считать психически нормальным);
- потребность в объективном постижении мира, которая не является жизненно важной.

Любая система ориентации наряду с интеллектом включает в себя чувства и ощущения, которые проявляются к объекту поклонения. Таким образом, у человека должна быть не только “картина мира” (в той или иной степени приближенная к действительности), но и объект поклонения, придающий смысл его существованию и положению в этом мире [15].

Итак, исследуя природу и общественную сущность человека, характер “болезни” современного общества, сочетая различные учения о человеке, главным образом психоанализ, экзистенциализм и философскую антропологию, Э. Фромм стремился создать “диалектически и гуманистически ориентированный психоанализ”, синтезирующий марксистские и психоаналитические теории личности, общества и культуры.

В основе гуманистической психологии лежит идея об общественной обусловленности психики, о понимании человека в контексте социальных условий его существования. Цель этого вида психоанализа — содействовать человеку в познании своей внутренней природы, способствовать раскрытию потребностей, смысла жизни и ценностных аспектов человеческого бытия.

В поиске новых духовных ориентаций человека Э. Фромм обратился к философии любви, которая благоприятствует устранению оторванности людей друг от друга, восстановлению гармонии между человеком и обществом. Любовь, по его мнению, дает единственно верный и “удовлетворительный ответ на проблему человеческого существования” и является высшей гуманистической ценностью [16].

Вопросы для самоконтроля

1. Базисные потребности в теории гуманистического психоанализа.
2. Как определяет понятие “любовь” Э. Фромм?
3. Сущность базисной потребности в созидании.

Характерологический анализ К. Хорни

7.1. Основные понятия концепции К. Хорни

Известным представителем культурно и социологически ориентированного психоанализа является **Карен Хорни** (1885–1952) [16]. К. Хорни, как и Э. Фромм, находилась под влиянием марксистской теории; была последовательницей традиций и взглядов З. Фрейда и А. Адлера. В 1941 г. К. Хорни создала Американский институт психоанализа, членами которого были Э. Фромм и Г. Салливэн.

Основные труды К. Хорни — “Невротическая личность нашего времени” (1937), “Новые пути в психоанализе” (1939), “Самоанализ” (1942), “Наши внутренние конфликты” (1945), “Неврозы и развитие человека” (1950).

В концепции К. Хорни центральным является понятие самореализации. Когда возможность самореализации нарушается, человек становится невротиком, переживающим внутренний конфликт [16].

Базальный конфликт — одно из главных понятий, рассматриваемых К. Хорни. Конфликт формируется на основе **базальной тревожности** — переживаемых ребенком чувств одиночества и беспомощности в потенциально враждебном мире. Такие чувства могут спровоцировать различные факторы, например безразличие или отсутствие уважения к потребностям ребенка; отсутствие реального руководства им, а также чрезмерное восхищение ребенком или полное безразличие к нему, недостаток доверительности и теплоты в отношениях с ним. Базальную тревожность у ребенка может спровоцировать необходимость принимать чью-либо сторону при разногласиях родителей, а также слишком малая или чрезмерная ответственность, излишняя опека, изоляция от других детей, несправедливость, дискриминация, невыполнение обещаний, враждебная атмосфера и многое другое [15].

Чтобы справиться с враждебным окружением, ребенок выбирает определенную стратегию поведения:

- движение к людям (в поиске помощи);

- движение против людей (агрессивная ориентация);
- движение от людей (избегание других).

Принятая в детстве ориентация сохраняется в дальнейшем и у взрослого. Невротическое стремление к безопасности достигается гипертрофией одного из трех типов защитных реакций:

- беспомощности;
- агрессивности;
- отчужденности.

Невротический защитный механизм беспомощности выражается в слишком сильном стремлении к защите и поддержке, а также в преувеличенном, притворном стремлении соглашаться с желаниями других (движение к людям).

Невротический защитный механизм агрессивности основан на убеждении, что в жизни действует закон джунглей, где выживает сильнейший. Тот, кто подчеркивает в своем поведении такую жизненную ориентацию, воспринимает других враждебно, считает лицемерными, отрицает теплые спонтанные отношения между людьми, предпочитая манипулирование ими. Он убежден, что настоящей любви не существует (движение против людей).

Защитный механизм отчужденности выражается в отказе от интимных, дружеских и просто бытовых контактов с другими (движение от людей).

Таким образом, если здоровый человек предпочитает свободное общение, сближение с окружающими, лишь при определенных обстоятельствах идет против них или уходит от контактов с ними, то невротик решает проблему общения всегда негибким способом. Он выбирает только один из типов коммуникации, тогда как в действительности они не исключают один другого [16].

Идеализированный образ “Я”. Этот тип невротического внутриличностного конфликта К. Хорни выделяет особо. Люди, находящиеся под гнетом собственной невротической структуры личности, не только подавляют свои проблемы, конфликты потребностей, но и не осознают своих недостатков и слабостей, которые, возможно, чувствуют и даже презирают. Обычно у них формируется сознательный образ самих себя, в котором все позитивные черты представлены в сильно преувеличенном виде. Это, в свою очередь, усиливает доминирующее невротическое решение проблемы. Идеализированный образ “Я” заставляет человека ставить перед собой практически недостижимые цели и задачи, предопределяющие неизбежное поражение.

ние, которое усиливает недовольство собой, может даже вызвать презрение к себе, увеличивая конфликт между реальным “Я” и мощным и грозным идеализированным его образом. В результате создается замкнутый круг.

К. Хорни подчеркивает, что “в отличие от подлинных идеалов идеализированный образ статичен. Это не цель, к достижению которой человек стремится, а фиксированная идея, которую он боготворит. Идеалы обладают динамическим свойством, они рождают стремление приблизиться к ним; они являются силой, необходимой и бесценной для всякого роста и развития. Идеализированный образ становится бесспорной помехой росту, так как он либо отрицает недостатки, либо осуждает их. Подлинные идеалы ведут к скромности, идеализированный образ ведет к высокомерию” [16].

Следует подчеркнуть, что идеализированный образ является бессознательным феноменом и подменяет подлинную уверенность в себе. Наиболее яркая форма идеализированного образа наблюдается у психопатов с их манией величия.

“Тирания долга”. Этот тип конфликта тесно связан с идеализированным образом. К. Хорни называет тиранией долга безжалостные внутренние требования, терзающие невротика. Мучимый таким внутренним конфликтом человек искренне считает, что он должен быть головокружительно успешным, невероятно точным, всегда и только любящим, абсолютно неэгоистичным, иметь особую работу, необыкновенного партнера, самых лучших детей и т. п. Все это заслоняет или даже стирает настоящие и здоровые желания до такой степени, что несчастный не различает, в чем он действительно нуждается и что просто должен делать в жизни.

Важным вкладом К. Хорни в практическую психотерапию являются разработанные ею **основные невротические симптомы** [15]:

- непоследовательность и нерешительность поведения;
- подчеркнутая безнадежность;
- боязнь перемен;
- постоянное настаивание на собственной правоте (как защита от внутренних конфликтов);
- стыдливость и робость;
- мстительность и садизм в поведении;
- состояние заметной усталости (в результате значительных затрат энергии на внутренние конфликты).

7.2. Цели и методы характерологического анализа

Согласно концепции К. Хорни, цель психотерапии — помочь пациенту преодолеть подавленные внутренние конструктивные силы роста и развития. Психотерапевтический процесс представляет собой процесс обучения, когда пациент узнает, что невротик, который якобы стремится к людям, скрывает враждебность и себялюбие под желанием ублажать других, а невротик, движущийся против людей, на самом деле не осознает своей беспомощности, и т. п.

Во время проведения психотерапевтических сеансов психотерапевт должен помочь невротикку осознать свой идеализированный образ, показать, что этот образ является существенной причиной внутренних конфликтов, что, в свою очередь, тормозит его личностный рост. В процессе аналитической работы пациенту необходимо помочь переориентировать установки и жизненные планы с целью подлинной реализации его как личности.

Процесс психотерапии строится с использованием психоаналитических техник, включая интерпретацию снов и перенесение.

Аналитическую работу, согласно К. Хорни, дополняет психосинтез, пробуждение у пациента конструктивных сил, стремления к саморазвитию и самореализации, т. е. готовности к переживанию подлинных желаний и чувств, выявлению своего предназначения в жизни и принятию ответственности как за себя, так и за других людей, а также к установлению дружеских, эмоционально окрашенных межличностных связей.

В целом характерологическая психотерапия направлена на устранение разрыва между реальным “Я” человека и его идеализированным образом “Я”, образующимся в результате невротического развития личности.

Заслуга К. Хорни заключается также в том, что она окончательно перенесла проблематику психологической помощи в социум, т. е. ее понятие “невротик” носит не медицинский, а социально-психологический, личностно-ориентированный характер [15].

Вопросы для самоконтроля

1. Что означает понятие “базальный конфликт”?
2. Типы базальных конфликтов.
3. Типы невротических защитных реакций.
4. Основные невротические симптомы по К. Хорни.

Интерперсональная психотерапия Г. Салливэна

8.1. Основные понятия теории межличностных отношений

Создателем интерперсональной психотерапии является известный психиатр **Гарри Салливэн** (1892–1949) [16]. В начале своей профессиональной деятельности в качестве психиатра работал с больными шизофренией, позднее — с пациентами, страдающими неврозами.

Г. Салливэн основал Вашингтонскую психиатрическую школу. В монографии “Концепция современной психиатрии” (1947) он обобщил идеи о взаимосвязи межличностного поведения и патологии.

После смерти Г. Салливэна ученики и коллеги опубликовали его рукописи и заметки, которые ранее не издавались. Они составили труд под названием “Межличностная теория психиатрии” (1953), куда вошли отдельные доклады Г. Салливэна. Надо отметить, что сложностью изложения они значительно отличаются от доступных, рассчитанных на широкий круг читателей публикаций Э. Фромма и К. Хорни [16].

Теоретическая и практическая деятельность Г. Салливэна связана прежде всего с использованием основных, хотя и переосмысленных, понятий классического психоанализа и аналитической психотерапии. Содержание этих понятий у Г. Салливэна имеет межличностный и социально-ориентированный смысл.

“Динамизм”. Это базисное понятие концепции Г. Салливэна. Оно подразумевает относительно устойчивую структуру распределения энергии, в частности в межличностных отношениях. Существует две категории “динамизма” [3]:

- зональный (физическая активность — еда, питье, выделения и пр.);
- межличностный (от отношения к себе до отношения к другим — группе, социальным классам, нации).

Ведущие потребности. Человека характеризуют две ведущие потребности, одна из которых имеет биологическую природу (потребность в нежности, ласке), а вторая (потребность в безопасности) связана с межличностными отношениями.

Психологический смысл первой потребности заключается в ослаблении силы физиологических потребностей (голода, жажды, полового влечения). Этот уровень функционирования присущ как человеку, так и животным.

Вторая ведущая потребность — потребность в безопасности — имеет чисто человеческую природу и направлена на снижение тревоги и неуверенности. Удовлетворение этой потребности ложными способами (употребление спиртного, наркотиков и пр.) приводит к психическим заболеваниям, которых у животных нет.

Тревога. Отдельно Г. Салливэн останавливался на анализе роли тревоги в жизни вообще и в ее дезорганизации (патологии) в частности. Нарушения поведения представляют собой реакцию на усиленные тревоги. Способы ослабления тревоги закрепляются в опыте. Важнейшим периодом в этом плане является детство [16].

Персонификация. Это понятие Г. Салливэн трактовал как фантастическое воплощение в каком-либо образе значимых переживаний. Примерами персонификации могут служить Бабай, Дед Мороз, Добрая или Злая Феи. Персонифицируются также социальные институты, национальные общности: “дядя Сэм”, “Родина-мать” и др.

8.2. Психотерапия межличностных отношений

“Насколько я знаю, каждый человек имеет столько личностей, сколько у него межличностных отношений, а многие из наших межличностных отношений суть ничто иное, как действия с воображаемыми людьми..., которые для нас не менее реальны, чем клерк из лавки на углу”, — так отмечал Г. Салливэн важность влияния на межличностную ситуацию воображаемых “третьих лиц” [16].

Суть интерперсональной психотерапии Г. Салливэна заключается в признании важности межличностного взаимодействия как основы формирования нормы и патологии.

Болезнь и здоровье, норму и патологию ученый рассматривал в контексте отношений между людьми. Возникновение патологии во многом обусловлено нарушением межличностных отношений (в дет-

стве, подростковом возрасте или у взрослых), поэтому цель психотерапии — помочь пациенту восстановить межличностные отношения, что приведет к выздоровлению. Кроме того, в межличностных отношениях с психотерапевтом пациент учится получать удовлетворение от общения с людьми, избавляется от тревоги, приобретает чувство безопасности, налаживает отношения с собой и окружающими. При этом происходит перестройка личности, способствующая тому, что пациент начинает видеть реальные пути выхода из ситуаций, ранее представлявшихся ему неразрешимыми.

По своему характеру метод интерперсональной психотерапии Г. Салливэна приближается к современным вариантам краткосрочной психотерапии.

Вопросы для самоконтроля

1. Как определял понятие “динамизм” Г. Салливэн?
2. Какие ведущие потребности характеризуют человека?
3. Какую роль в поведении человека играет тревога?

Психотерапевтический процесс в русле анализа Э. Берна

9.1. Основные понятия теории трансактоного анализа

Теоретиком психоаналитического направления является известный американский психотерапевт **Эрик Берн** (1902–1970) [16]. Он занимался частной практикой в Кармеле (США, штат Калифорния), был консультантом по вопросам групповой психотерапии в нескольких учреждениях Сан-Франциско, читал лекции в Калифорнийском университете. Одна из наиболее популярных психотерапевтических концепций Э. Берна — трансактоный анализ, т. е. анализ взаимодействий. Эта концепция стала широко известной в 60-х годах XX в. после выхода работ ученого “Игры, в которые играют люди” (1964), “Люди, которые играют в игры”, ставших бестселлерами практически во всем мире.

В своей эклектической по композиции концепции Э. Берн использовал понятия психодинамического и бихевиористского подходов, делая акцент на определении и выявлении схем поведения, которые “программируют” (реализуют “сценарий”) взаимодействия личности с собой и другими.

В центре концепции Э. Берна находится понятие “эго-состояние”. Таких эго-состояний он различает три: Родитель, Ребенок и Взрослый, которые, в свою очередь, составляют структуру личности. Рассмотрим каждое из этих состояний.

Родитель. Это информация, полученная в детстве от родителей и других авторитетных лиц, а также наставления, поучения, правила поведения, социальные нормы, запреты, т. е. информация о том, как нужно и как нельзя вести себя в той или иной ситуации. С одной стороны, это набор полезных, проверенных временем правил, с другой — арсенал предрассудков и предубеждений. Родитель может выступать в роли Контролирующего Родителя (запреты, санкции) и Заботящегося Родителя (советы, поддержка, опека). Диагностировать

состояние Родителя можно по таким высказываниям, как “я должен”, “мне нельзя”. К вербальным (словесным) характеристикам относятся также поучающие, оценивающие, поддерживающие или критические замечания типа “всегда”, “никогда”, “прекрати это”, “ни за что на свете”, “итак, запомни”, “сколько раз я тебе говорил”, “я бы на твоём месте”, “милый мой”, “бедняжка”, “какой вздор”. Физическими признаками Контролирующего Родителя являются нахмуренные брови, поджатые губы, качание головой, грозный вид, “указующий перст”, постукивание ногой, руки на бедрах, руки, скрещенные на груди, вздохи, поглаживания другого по голове и т. п.

Ребенок. Это эмоциональное начало в человеке, которое может проявляться в двух видах: Естественный Ребенок и Адаптированный Ребенок.

Естественный Ребенок. Это присущие ребенку черты: доверчивость, нежность, непосредственность, любопытство, творческая увлеченность, изобретательность. Благодаря этим чертам Естественный Ребенок приобретает большую ценность независимо от возраста: он придает человеку обаяние и теплоту. Вместе с тем Естественный Ребенок не только обаятелен, но и капризен, обидчив, легкомыслен, снисходителен к себе, эгоцентричен, упрям и агрессивен.

Адаптированный Ребенок. Это та часть личности, которая, желая быть принятой родителями и боясь их отвержения, не позволяет себе поведения, не соответствующего ожиданиям и требованиям родителей. Для Адаптированного Ребенка характерны повышенная конформность, неуверенность, особенно при общении со значимыми лицами, робость, стыдливость. Разновидностью Адаптированного Ребенка является Бунтующий (против Родителя) Ребенок, иррационально отрицающий авторитеты, нормы, нарушающий дисциплину.

В транзактном анализе Ребенок диагностируется на основании высказываний, выражающих чувства, желания, опасения: “я хочу”, “я не хочу”, “меня злит”, “я ненавижу”, “мне все равно”, “какое мне дело”. К невербальным характеристикам относятся дрожащие губы, слезы, надутый вид, потупленный взгляд, хныкающий голос, пожимание плечами, размахивание руками, эмоциональное выражение восторга.

Взрослый, или взрослое “Я”. Это состояние, воплощающее объективную, рассудительную и вместе с тем эмпатическую, доброжелательную часть личности.

Если Родитель — это преподаваемая концепция жизни, а Ребенок — концепция жизни через чувства, то Взрослый — это концепция жизни через мышление, основанная на собирании и обработке информации. Взрослому Я-состоянию соответствует фрейдовское “Я” (Эго). Подобно тому, как “Я” у З. Фрейда является ареной, на которой происходят баталии между вытесненными чувствами Оно и социальными запретами Супер-Я, Взрослый у Э. Берна играет роль арбитра между Родителем и Ребенком. Роль взрослого сводится не к подавлению того и другого и возвышению над ними, а к изучению информации, записанной в Родителе и Ребенке. Анализируя эту информацию, Взрослый решает, какое поведение наиболее соответствует конкретным обстоятельствам, от каких стереотипов необходимо отказаться, а какие принять. Так, на вечеринке уместно поведение, диктуемое Детским Я-состоянием, и неуместно морализирование Родителя на тему аскетического образа жизни. Именно в этом ключе необходимо понимать девиз транзактного анализа: “Будь всегда взрослым!” Психотерапевт в работе обращается к Взрослому пациенту [9].

При взаимодействиях (транзакциях) людей могут включаться разные Я-состояния. Различают транзакции дополнительные, перекрестные и скрытые. *Дополнительными* называются *транзакции*, соответствующие ожиданиям контактирующих людей и отвечающие здоровым человеческим отношениям. Такие отношения не конфликтны и могут продолжаться неограниченное время. Стимул и ответная реакция при таком взаимодействии изображаются параллельными линиями. Примером транзакции “Взрослый — Взрослый” может служить беспристрастный разговор с целью получить информацию: “Вы не слышали, какая погода ожидается завтра?” — “Обещают дождь”.

Типичный пример разговора между родителями, обремененными предрассудками: “Нынешняя молодежь думает только о развлечении”. — “Еще бы! Ведь они живут на всем готовом!” Взаимодействие “Родитель — Ребенок” иллюстрирует такой диалог между супругами: “Что-то мне нездоровится сегодня. Кажется, у меня температура”. — “Тогда ложись в постель, я приготовлю тебе чай с лимоном и дам аспирин”.

Конфликтной способностью обладают *перекрестные транзакции*. В этом случае на стимул дается неожиданная реакция, активизирующая неподходящее состояние “Я”. Э. Берна приводит пример,

названный им “Запонки”. Муж не может найти запонки. Он спрашивает у жены: “Ты не знаешь, где мои запонки?” Это вопрос Взрослого, ждущего информации, и параллельный дополнительный ответ был бы таким: “Посмотри в верхнем ящике шкафа”. Однако если у жены был тяжелый день, то она может ответить так: “Куда положил, там и возьми”. Стимул исходит от Взрослого, но жена вернула ответ от Родителя. Стимул и реакция пересеклись. Коммуникация прекращается: муж и жена не могут больше говорить о запонках, сначала они должны выяснить, почему он никогда не кладет вещи на место. Если бы ответ жены исходил от Ребенка (“Вечно я у тебя во всем виновата!”), образовался бы тот же тупик. Такие перекрестные транзакции начинаются взаимными упреками, колкими репликами и заканчиваются хлопаньем дверью и громким выкриком “Это все из-за тебя!”, давшим название одной из психологических игр, описанных Э. Берном.

Скрытые транзакции отличаются от дополнительных и перекрестных тем, что охватывают более двух состояний “Я”, так как сообщение в них маскируется под социально приемлемым стимулом, но ответная реакция ожидается со стороны эффекта скрытого сообщения, что и составляет суть психологических игр. Например, если продавец машин, улыбаясь, говорит своему клиенту: “Эта наша машина — самая великолепная спортивная модель, но она, наверное, слишком дорога для Вас”, то его слова могут быть восприняты как Взрослым, так и Ребенком клиента. Когда их слышит Взрослый, ответ может быть таким: “Да, Вы правы, для меня это дороговато”. В то же время Ребенок может ответить так: “Я беру эту машину — это как раз то, что я хочу”. Наиболее тонкие обманные ходы строятся с учетом человеческой потребности в признании.

Психологическая игра представляет собой набор следующих друг за другом дополнительных скрытых транзакций с четко определенным и предсказуемым исходом. Это набор транзакций со скрытой мотивацией, которые содержат ловушку, подвох. Множество подобных игр приведено в работе Э. Берна “Игры, в которые играют люди” [2].

Важным в транзактном анализе является понятие “сценарий”. **Сценарий** — это жизненный план, напоминающий спектакль, который личность вынуждена играть. Он зависит от позиций, принятых в детстве, и записывается в детское Я-состояние через транзакции (взаимодействия), которые происходят между родителями и ребенком.

Игры, в которые играют люди, являются частью сценария. Игра в транзактном анализе понимается как фиксированный и неосознаваемый стереотип поведения, когда личность стремится избежать близости, т. е. полноценного общения, путем манипулятивного поведения. Распространены такие игры: “Да, но ...”, “Если бы не ты ...”, “Какой я несчастный ...”, “Смотри, что ты сделал со мной ...” и др. [2].

9.2. Цели и методы психотерапевтического процесса

Главной целью психотерапевтической помощи, опирающейся на концепцию транзактного анализа, является помощь клиенту в осознании своих игр, жизненного сценария, эго-состояния и при необходимости их коррекция. Психотерапевт стремится также освободить человека от навязанных ему программ поведения и помочь стать независимым и способным к полноценному общению.

В транзактном анализе используют специфические приемы: структурный анализ эго-позиции и семейное моделирование.

Структурный анализ предполагает демонстрацию и взаимодействие различных видов транзакций. Особо выделяются две проблемы: *контаминации*, когда смешиваются два разных эго-состояния, и *исключения*, когда эго-состояния жестко разграничены.

Семейное моделирование сочетает элементы психодрамы и структурного анализа эго-состояний, когда участник группы (эту технику обычно используют в групповой работе) воспроизводит свои транзакции с моделью своей семьи.

В рамках семейного моделирования осуществляется анализ игр и вымогательств, ритуалов и структурирования времени, позиции в общении (“Я хороший и ты хороший”, “Я плохой и ты плохой”, “Я хороший, ты плохой”, “Я плохой, ты хороший”), а также анализ сценария.

Основные особенности, благодаря которым транзактный анализ завоевал широкое признание — его доступность и эффективность. Транзактный анализ применяют при недолговременной психотерапии, психотерапевтической работе. Он дает клиенту возможность выйти за рамки неосознаваемых схем и шаблонов поведения и, приняв иную когнитивную структуру поведения, научиться его корректировать.

Исследователь А. Бондаренко отмечает, что благодаря своей доступности трансактный анализ стал определенной формой социокультурного обучения поведению. И в этом причина его чрезвычайной популярности. Диапазон применения концепции трансактного анализа очень широк — от семейного консультирования до лечения неврозов и даже до таких тонкостей, как обучение бабушек и дедушек быть “семейными психологами” [3].

Концепцию трансактного анализа поддерживали, развивали и модифицировали многие психологи: Т. Харрис, М. Маклюр, М. Голдинг, Л. Лычагина и др.

Психолог Л. Лычагина считает, что трансактный анализ можно использовать при лечении неврозов в широком возрастном диапазоне. Менее эффективно его применение для лечения психотических больных, а также больных с тяжелыми хроническими формами неврозов. Сильной стороной трансактного анализа является нахождение общего языка с клиентом, что облегчает установление с ним психотерапевтического контакта.

Вопросы для самоконтроля

1. Сущность трансактного анализа.
2. Какие психологические теории вобрала в себя концепция Э. Берна?
3. Структура личности по Э. Берну.
4. Сущность понятия “сценарий”.
5. Причины популярности трансактного анализа.

Гештальттерапия

10.1. Основные принципы гештальттерапии

Основателем гештальттерапии является **Фредерик Перлз** (1892–1970). *Гештальт* в психологии рассматривается как функциональная структура, которая по присущим ей законам упорядочивает многообразие отдельных явлений.

Гештальттерапия (от нем. *Gestalt* — образ, форма и *therapeia* — забота, уход, лечение) — это сложный синтез психоанализа, экзистенциальной психологии, бихевиоризма (подчеркивание очевидного в поведении), психодрамы (отреагирование конфликтов) и дзен-буддизма (минимум интеллектуализации и фиксирование на осознании настоящего).

Основными понятиями гештальттерапии являются отношение фигуры и фона, осознание потребностей и сосредоточение на настоящем, противоположности, функции защиты и зрелость [10].

Рассмотрим подробнее основные принципы гештальттерапии.

Принцип “здесь и сейчас”. Раскрывая этот принцип, Ф. Перлз [14] отмечает, что основным условием, необходимым для того, чтобы сформировать и завершить гештальт, является способность человека осознать себя и свою доминирующую потребность в определенный момент. Достижение осознания и сосредоточенности на потребности — важный принцип в гештальттерапии, получивший название “здесь и сейчас”. Ф. Перлз подчеркивает, что нет ничего, кроме того, что есть здесь и теперь. Теперь есть настоящее... Прошлого уже нет. Будущее еще не наступило. Отношения прошлого и будущего должны постоянно рассматриваться и пересматриваться в настоящем.

В соответствии с этой теорией терапевт должен убеждать пациента в следующем: “В той мере, в какой ваше чувство актуальности (“здесь и сейчас”) отделено от вашей повседневной личности, попытка чувствовать актуальность будет вызывать тревожность, маскирующуюся, возможно, под усталость, скуку, беспокойство,

раздражение. А то, что особенно вызывает тревожность — это то самое сопротивление, которое прерывает полноту переживания вашего опыта, препятствует этой полноте”.

Анализируя основные понятия и положения гештальттерапии, А. Бондаренко [3] подчеркивает, что “незавершенное дело” — единственное понятие, заимствованное из гештальтпсихологии. В гештальттерапии оно отражает задержанные чувства, которые влияют на актуальное поведение личности, деформируя его, вызывая новые конфликты. Согласно концепции “незавершенного дела”, неотрагированные эмоции препятствуют процессу актуального осознания происходящего. Согласно Ф. Перлзу [14], наиболее часто встречающимся и худшим видом “незавершенного дела” является обида, которая разрушает процесс общения. Завершить незавершенное, освободиться от эмоциональных задержек — один из существенных моментов в гештальттерапии.

“Избегание”. С помощью этого принципа выявляются особенности поведения, связанные со способами ухода от признания и принятия того, что вызвало неприятные переживания “незавершенного дела”. В этом понятии легко проследить аналогии с понятиями “сопротивление”, “защитные механизмы” и “цензура” из ортодоксального психоанализа. Гештальттерапия поощряет выражение задержанных чувств, конфронтацию с ними и их переработку, достигая тем самым личной интеграции.

“Уровни невротичности”. Согласно Ф. Перлзу [14], необходимо сбросить пять слоев невротичности, чтобы достичь психологической зрелости:

- слой фальшивого ролевого поведения (привычные стереотипы, игры, роли);
- слой фобий (страхов), когда пациент стремится избегать столкновения с болезненными переживаниями;
- слой “тупика и отчаяния” — это моменты, связанные с переживанием собственной беспомощности;
- слой доступа к своему подлинному “Я” (когда человек в отчаянии переживает свою решимость самому принять ситуацию и справиться с ней);
- слой эмоционального взрыва, когда пациент сбрасывает с себя фальшивое и наносное и начинает жить и действовать от своего подлинного “Я”.

“Энергия и блокирование энергии”. Заимствованное из психоанализа понятие “энергия”, ее распределение и, в частности, блокирование, проявляющееся в напряжении (прежде всего телесном — поза, жесты, взгляд, тон голоса и т. п.), используется в гештальттерапии как объяснительная терминология и как средство обучения. При этом используется “парадоксальная интерция” А. Адлера, т. е. поощряется поведение пациента, в котором тот отдается переживанию собственной энергетической заблокированности путем преувеличения, гипертрофии определенных поз, действий и состояний [13, 14].

10.2. Психотерапевтический процесс в рамках гештальттерапии

Цели психологической помощи. Основная цель гештальттерапии — помочь человеку полностью реализовать свой потенциал. Основная цель предусматривает вспомогательные:

- обеспечить полноценную работу актуального самоосознания;
- сместить акцент контроля внутрь, поощрять независимость и самодостаточность;
- обнаруживать психологические блоки, препятствующие личностному росту, и помочь изжить их.

Позиция психолога. В гештальттерапии психолог-консультант рассматривается как “катализатор”, помощник и сотворец личности пациента. Психолог старается избегать непосредственного вмешательства в личные чувства пациента, скорее, он пытается облегчить выражение этих чувств. Его роль сводится к роли активного, живого, творческого, сопереживающего союзника пациента. Его цель — активизировать внутренние личностные резервы пациента, высвобождение которых ведет к личностному росту.

Позиция пациента. В гештальттерапии пациентам отводится активная роль, охватывающая право на собственные интерпретации, позиции и, главное, осознание “паттернов”, схем своего поведения и жизни. Предполагается, что пациент должен переключиться с рационализирования на переживание, причем вербализация чувств важна не в такой степени, как желание пациента и его готовность принять процесс актуального переживания, в котором он будет на самом деле испытывать чувства и говорить от их имени, а не просто сообщать о них [16].

10.3. Психотехники в гештальттерапии

Исследователь А. Бондаренко [3] отмечает большое значение психотехник, которые в гештальттерапии называют еще “играми” и “экспериментами”. Гештальттерапия получила известность во многом благодаря этим “играм” и “трюкам”. Психолог Дж. Наэм [11] описывает психотехники “экспериментальный диалог” и “диссоциированный диалог” (известна также под названием “пустой стул”). Они предназначены для освещения и проработки, как правило, внутренних конфликтов пациента. Так, для построения техники используют психодраму, которая происходит между двумя полярными позициями пациента, например жертвы и агрессора. Диалог осуществляет сам клиент, по очереди воспроизводя реплики от имени одной, затем другой психологической позиции. Широко распространен при этом прием использования двух игровых позиций: “большой пес” и “щенок”. Техника обладает выраженным энергетическим потенциалом, усиливает мотивацию клиента к более адекватному поведению.

Идти по кругу. Это известнейшая психотехника, согласно которой пациент по просьбе ведущего (технику применяют в групповой работе) обходит всех участников по очереди и либо говорит им что-то, либо совершает с ними какие-то действия. Члены группы при этом могут отвечать. Эту технику используют для активизации членов группы, поощрения их к риску нового поведения, свободы самовыражения. Часто участнику предлагают начало высказывания с просьбой завершить его, например: “Пожалуйста, подойдите к каждому в группе и завершите следующее высказывание: “Я чувствую себя неудобно, потому что...”

Техника “наоборот” (“перевертыш”). Сущность этой техники состоит в том, чтобы человек сыграл поведение, противоположное тому, которое ему не нравится. Например, застенчивого человека попросить вести себя вызывающе, приторно-вежливого — грубо, того, кто всегда соглашался, — занять позицию непрестанного отказывания и т. п. Эта техника направлена на принятие пациентом себя в новом для него поведении и на интегрирование в “Я” новых структур опыта.

Экспериментальное преувеличение. Эта техника направлена на развитие процессов самосознания путем гиперболизации телесных, вокальных и других движений. Обычно это интенсифицирует чувства, привязанные к тому или иному поведению (громче и громче

повторять фразу, сделать жест выразительнее и т. п.). Особую ценность представляет момент, когда пациент стремится подавить какие-либо переживания. Такая техника способствует развитию внутренней коммуникации.

Я несю за это ответственность. С помощью этой техники психолог может обратиться к пациенту с просьбой выразить чувство или высказать суждение с обязательным добавлением: “И я несю за это ответственность” [3].

10.4. Психодрама Я. Морено

Психодрама — специфический психотерапевтический метод, созданный **Якобом Морено** (1893–1974) [16]. Этот метод можно условно отнести к гештальттерапии, хотя, как правило, психодраму рассматривают как самостоятельный метод. В психодраме синтезируются драматические средства и достижения современной психологии. Цель психодрамы — найти эффективные пути решения психологических проблем разных уровней: от экзистенциального до бытового, бытового.

Применяя такой метод, пациент с помощью ведущего и группы воспроизводит в драматическом действии значимые события своей жизни, разыгрывает сцены, относящиеся к его проблемам. Сцены разыгрывают так, как если бы они происходили в данный момент. Действия структурируют так, чтобы они способствовали прояснению и конкретизации проблемы. Далее анализируют новые роли, альтернативные, аффективные и поведенческие стили, ищут и апробируют более конструктивные модели решения проблемы.

Действия, физические движения, на которых построена психодрама, повышают возможность использования такого важного источника познания себя и других, как сигналы невербального поведения.

Используя метод психодрамы, можно существенно помочь пациентам, которым трудно вербализовать свои чувства и жизненный опыт, так как действие идет впереди слов. В психодраматической ситуации пациент одновременно является главным героем своей драмы, ее творцом и исследователем себя и своей жизни.

Психодраму применяют при неврозах, психосоматических заболеваниях, обострении психопатий и отклоняющемся поведении под-

ростков, а также для устранения неадекватных эмоциональных реакций и отработки социальной перцепции. В психодраме можно сочетать рациональное и воображаемое; спонтанное и рефлексивное; будущее, настоящее и прошлое; эмоции и мышление; интрапсихическое и межличностное; индивидуальное и групповое; психическую поддержку и обучение; духовное и эстетическое (Д. Киппер, 1993; Г. Лейптц, 1994; М. Дьяченко, Л. Кандыбович, 1998).

Компоненты психодрамы. К основным компонентам психодрамы относятся ролевая игра, спонтанность, “теле”, катарсис и инсайт.

Ролевая игра. Психодрама использует естественную способность людей к игре и создает условия, при которых участники группы, играя роли, могут творчески работать над личностными проблемами и конфликтами. В отличие от театра психодрама поощряет импровизацию, разыгрывание ролей и ситуаций, актуальных для группы.

Спонтанность. Это поведение и чувства, не регулируемые воздействием извне. Именно поэтому в психодраме нет заранее написанных сценариев и ролей. Спонтанность, по мнению Я. Морено, — это ключ к творчеству. Участник психодрамы от имени своего персонажа, перевоплощаясь и импровизируя, может достаточно глубоко раскрыть свое внутреннее “Я” независимо от того, о чем идет речь: прошлом, будущем или настоящем.

“Теле”. Согласно Я. Морено, это понятие обозначает двусторонний процесс передачи эмоции между пациентом и психотерапевтом. Я. Морено определял “теле” как “вчувствование людей друг в друга”. Понятие “теле” можно определить и как “взаимосвязь всех эмоциональных проявлений перенесения, контрперенесения и эмпатии” (Рудестам, 1990). “Теле” представляет собой взаимный обмен эмпатиями и может содержать не только положительные эмоции (позитивное “теле”), но и отрицательные (негативное “теле”).

Катарсис. Согласно Аристотелю, это чувственное потрясение и внутреннее очищение. Примерно так же понимал катарсис и З. Фрейд. Я. Морено расширил это понятие, распространив действие катарсиса не только на зрителей, но и на актеров. В этой связи он считал, что психодрама имеет лечебный эффект не столько относительно зрителей (вторичный катарсис), сколько относительно актера, “который разыгрывает драму и освобождает себя от нее”. В психодраме катарсис является основным и по лечебному воздействию становится более важным, чем сценарий или последующий анализ связанных с представлением переживаний и действий.

Инсайт. Это вид познания, который приводит к немедленному решению или новому пониманию проблемы, т. е. к прозрению, озарению.

Таким образом, еще одна цель психодрамы — создать такой групповой климат, в котором возможно максимальное проявление катарсиса и инсайта [10].

10.5. Критический анализ гештальттерапии

Как указывалось, критический анализ как метод гештальттерапии создал американский психолог и психотерапевт Ф. Перлз под влиянием идей гештальтпсихологии, экзистенциализма, психоанализа и, в частности, теории В. Райха о физиологических проявлениях вытесненного психологического материала. Гештальттерапия возникла в русле феноменологического подхода, подчеркивающего необходимость осознания пациентом настоящего и важность непосредственного переживания. Информацию, необходимую для психотерапевтического изменения, получают также от непосредственного поведения пациента. Феноменологический подход гештальттерапии противопоставляется каузальному — традиционному подходу, когда усилия психотерапевта направлены на поиски причин расстройств у пациента в его прошлом.

Ф. Перлз перенес закономерности образования гештальта из сферы восприятия в область мотивации человеческого поведения. Возникновение и удовлетворение потребностей он рассматривал как процесс формирования и завершения гештальтов. Мотивационная сфера функционирует по принципу саморегуляции организма. Человек находится в равновесии с собой и окружающим миром. Для сохранения гармонии нужно лишь довериться “мудрости тела”, прислушиваться к потребностям организма и не препятствовать их реализации.

Быть самим собой, осуществлять свое “Я”, реализовывать свои потребности, склонности и способности — это путь гармоничной, здоровой личности. Согласно экзистенциально-гуманистической психологии, больным неврозом является человек, хронически препятствующий удовлетворению собственных потребностей, отказывающийся от реализации своего “Я”, направляющий все свои усилия на реализацию “Я-концепции”, создаваемой для него другими людьми.

ми, прежде всего близкими, которую он со временем начинает принимать за истинное “Я”. Отказ от собственных потребностей и следование ценностям, навязанным извне, приводит к нарушению процесса саморегуляции организма.

В гештальттерапии различают пять механизмов нарушения процесса саморегуляции: интроекция, проекция, ретрофлексия, дефлексия и конфлуенция.

При *интроекции* человек усваивает чувства, взгляды, убеждения, оценки, нормы, образцы поведения других людей, которые, однако, вступая в противоречие с собственным опытом, не ассимилируются его личностью. Этот неассимилированный опыт — интроект — является чужой для человека частью его личности [16].

Наиболее ранними интроектами являются родительские поучения, которые усваиваются ребенком без критического осмысления. Со временем становится трудно различить интроекты и собственные убеждения.

Проекция — прямая противоположность интроекции, причем, как правило, эти два механизма дополняют друг друга. При проекции человек отчуждает присущие ему качества, поскольку они не соответствуют его “Я-концепции”. Образующиеся в результате проекции “дыры” заполняются интроектами.

Ретрофлексия — “поворот на себя” — наблюдается тогда, когда какие-либо потребности не могут быть удовлетворены из-за их блокирования социальной средой, и тогда энергия, предназначенная для манипулирования во внешней среде, направляется на себя. К таким неудовлетворенным потребностям, или незавершенным гештальтам, относятся агрессивные чувства. Ретрофлексия при этом проявляется в мышечных зажимах. Первоначальный конфликт между “Я” и другими превращается во внутрилличностный конфликт. Показатель ретрофлексии — использование в речи возрастных местоимений и частиц, например: “я должен заставить себя сделать это”.

Дефлексия — это уклонение от реального контакта. Человек, для которого характерна дефлексия, избегает непосредственного контакта с другими людьми, проблемами и ситуациями. Дефлексия выражается в форме салонных разговоров, болтливости, шутовства, ритуальности и условности поведения, тенденции “сглаживания” конфликтных ситуаций и т. п.

Конфлуенция, или *слияние*, выражается в стирании границ между “Я” и окружением. Такие люди с трудом отличают собственные

мысли, чувства или желания от чужих. Слияние хорошо выявляется на занятиях групповой психотерапией у пациентов, полностью идентифицирующих себя с группой. При описании собственного поведения для них характерно употребление слова “Мы” вместо “Я”.

Описанные механизмы нарушения процесса саморегуляции представляют собой невротические защитные механизмы, прибегая к которым индивид отказывается от подлинного “Я”. В результате действия перечисленных механизмов нарушается целостность личности, которая оказывается фрагментированной, разделенной на части.

Таковыми фрагментами, или частями, чаще всего являются дихотомии: мужское — женское, активное — пассивное, зависимость — отчужденность, рациональность — эмоциональность, эгоистичность — бескорыстие. В гештальттерапии большое значение придается описанному Ф. Перлзом конфликту между “нападающим” (*top-dog*) и “защищающимся” (*under-dog*).

“Нападающий” — это интроект родительских поучений и ожиданий, диктующих человеку, что и как он должен делать (Родитель в терминологии транзактного анализа).

“Защищающийся” — это зависимая, неуверенная в себе часть личности, прибегающая к различным хитростям, например: “сделаю завтра”, “обещаю”, “да, но...”, “постараюсь” (Ребенок в транзактном анализе).

Основная цель гештальттерапии состоит в интеграции фрагментированных частей личности.

В процессе гештальттерапии на пути к раскрытию своей истинной индивидуальности пациент проходит через пять уровней, которые Ф. Перлз [14] называет уровнями невроза.

Первый уровень — фальшивые отношения, игры и роли. Невротическая личность отказывается от реализации собственного “Я”. Больной неврозом живет согласно ожиданиям других людей. В результате его собственные цели и потребности оказываются неудовлетворенными, он испытывает фрустрацию, разочарование и бессмысленность своего существования.

Второй уровень — фобический, связанный с осознанием фальшивого поведения и манипуляций. Но когда пациент представляет себе, какие последствия могут возникнуть, если он начнет вести себя искренне, его охватывает чувство страха. Человек боится быть тем, кем является, боится, что общество подвергнет его остракизму.

Третий уровень — тупик. Характеризуется тем, что человек не знает, что делать, куда двигаться. Он переживает утрату поддержки извне, но еще не готов или не хочет использовать собственные ресурсы, обрести внутреннюю точку опоры. В результате человек придерживается статуса кво, боясь пройти через тупик.

Четвертый уровень — имплозия. Это состояние внутреннего смятения, отчаяния, отвращения к себе, обусловленное полным осознанием того, как человек ограничил и подавил себя. На этом уровне индивид может испытывать страх смерти. Такое состояние связано с вовлечением огромного количества энергии в столкновение противоборствующих сил внутри человека; возникающее вследствие этого давление, как ему кажется, грозит ему уничтожением.

Пятый уровень — эксплозия (взрыв). Достижение этого уровня означает формирование аутентичной личности, которая обретает способность к переживанию выражения своих эмоций.

Эксплозия — это глубокое и интенсивное эмоциональное переживание. Ф. Перлз [14] различает четыре типа эксплозии: скорбь, гнев, радость, оргазм.

Эксплозия истинной скорби является результатом работы, связанной с утратой или смертью близкого человека. Гнев и радость связаны с раскрытием аутентичной личности и подлинной индивидуальности. Оргазм — результат работы с лицами, сексуально заблокированными.

Основным теоретическим принципом гештальттерапии является убеждение в том, что способность индивида к саморегуляции ничем не может быть адекватно заменена. Поэтому особое внимание уделяется развитию у пациента готовности принимать решение и делать выбор. Саморегуляция осуществляется в настоящем, гештальт возникает в “данный момент”, а психотерапевтическая помощь осуществляется сугубо в ситуации “сейчас”.

Феноменологический подход диктует принципы и технические процедуры в гештальтпсихологии; и те, и другие связаны с настоящим. Основными являются принципы “сейчас”, “я—ты”, а также принцип субъективации высказываний, континуум сознания.

Технические процедуры в гештальтпсихологии называются играми. Это разнообразные выполняемые пациентами по предложению психотерапевта действия, которые способствуют более непосредственной конфронтации со значимым и содержанием, и переживаниями [13; 14; 17].

Вопросы для самоконтроля

1. Принципы, лежащие в основе гештальттерапии.
2. Сущность принципа “здесь и сейчас”.
3. Основные положения учения Ф. Перлза.
4. Что означает понятие “незавершенное дело”?
5. “Уровни невротичности” по Ф. Перлзу.
6. Цель психотерапевтического процесса в рамках гештальттерапии.
7. Позиция психолога в психотерапевтическом процессе в рамках гештальттерапии.
8. Позиция пациента в психотерапевтическом процессе в рамках гештальттерапии.
9. Сущность психотехники в гештальттерапии.
10. Кто создал психодраму?
11. Основные компоненты психодрамы.
12. Что рассматривает процесс развития психодрамы?

Психотерапия, центрированная на клиенте

11.1. Сущность психотерапии К. Роджерса

Основные положения нового подхода в психотерапии, предложенного **Карлом Роджерсом** (1902–1987) [18], сводятся к следующему. Клиент всегда стремится выздороветь. Исследователь К. Менингер (1933) метко подметил, что “роджерсовское утверждение относительно врожденного стремления к здоровью содержит большую часть истины”. Согласно К. Роджерсу, роль психотерапевта заключается в том, чтобы использовать стремление клиента к выздоровлению и направить его по этому пути.

К. Роджерс сформулировал основные принципы психотерапии, центрированной на клиенте:

1. Психотерапия акцентируется больше на эмоциональных аспектах, чем на интеллектуальных.
2. Психотерапия в большей степени опирается на непосредственную конкретную ситуацию (по принципу “здесь и теперь”), а не на предшествующий опыт индивидуума.
3. Психотерапия ориентирована на инициативу клиента, помогает ему разрешить его проблему с минимальным участием при этом психотерапевта.

Психотерапия называется *центрированной на клиенте*, потому что клиент сам определяет и осуществляет те изменения в своем поведении и состоянии, которые ему представляются необходимыми, и настолько, насколько ему самому это кажется необходимым. Новый подход в психотерапии, по мнению К. Роджерса, заключается как раз в том, что клиент сам в состоянии осознать свои проблемы и решить их. Исследователь неоднократно подчеркивал, что часто “вмешательство компетентного профессионала любого рода враждебно личностному росту” [18]. Конечно, это утверждение дискуссионно. Отдельные заболевания требуют прямого вмешательства врача (неотложная помощь), но относительно пограничных нервно-психических расстройств использование резервных возможностей пациента, да еще и при активном его участии — наиболее короткий и верный путь к выздоровлению.

11.2. Основные понятия психотерапии, ориентированной на клиента

Эмпатия означает эмпатическое понимание, постижение эмоций и мыслей другого человека в форме сопереживания и сочувствия. Когда психотерапевт ощущает чувства и личностные смыслы клиента в каждый момент времени, когда он может воспринять их как бы изнутри, так, как их ощущает клиент, когда он способен передать свое понимание клиенту, тогда эмпатия реализуется.

Забота в психотерапии К. Роджерса проявляется в принятии клиента таким, каким он есть, сочувственным понимании, готовности поддержать, откликнуться на актуальное состояние с перспективой видения личностного потенциала клиента.

Конгруэнтность. Этим термином К. Роджерс обозначал точное соответствие опыта и его осознания. Его можно расширить и тогда он будет обозначать соответствие опыта, осознания и общения.

К. Роджерс [18] подчеркивает, что одна из причин того, что большинство людей столь отзывчивы к детям, состоит в том, что дети искренни, едины, или конгруэнтны.

Индивид не может сам оценить степень конгруэнтности в данный момент. Неконгруэнтность проявляется между осознанием и сообщением. Когда существует несоответствие между опытом и осознанием, обычно говорят о защитной реакции, об отказе осознать что-то. Когда же несоответствие наблюдается между осознанием и сообщением, то это расценивается как фальшь или лживость. Если человек в высокой степени конгруэнтен, то все его сообщения обязательно будут включены в контекст его личного восприятия. Однако отметим, что если человек всегда высказывается исходя из контекста личного восприятия, это не обязательно подразумевает соответствие. Любая манера высказываться может быть использована в качестве защитной реакции.

Таким образом, будучи конгруэнтным человек в общении обязательно выражает свои чувства и ощущения как таковые, а не как факты, касающиеся другого человека или внешнего мира. Мы определяем степень конгруэнтности людей при общении с ними. Например, мы понимаем, что в одном случае человек не только сознательно подразумевает именно то, что говорит, но и что его глубинные чувства соответствуют тому, о чем он говорит, будь то гнев, чувство соперничества, симпатия или стремление к сотрудничеству. Мы чув-

ствуем, что “полностью понимаем его позицию”. В другом случае произносимые человеком слова — это только маска, фасад. Мы думаем о том, что же этот человек чувствует в действительности, знает ли он сам, что чувствует. Мы стараемся быть с таким человеком осмотрительными и осторожными.

Один и тот же человек может обладать разной степенью конгруэнтности в разное время в зависимости от того, что он испытывает, и от того, в состоянии ли он осознать свой опыт или он должен защитить себя от этого опыта [18].

Психологический климат в концепции К. Роджерса рассматривается как “безусловное положительное отношение” психотерапевта к клиенту. Изменения ускоряются, когда терапевт испытывает теплое, положительное, понимающее отношение к внутреннему миру клиента. Для этого необходимо искреннее желание психотерапевта, чтобы клиент был тем, кем он есть в данный момент: растерянный, страдающий, гордый, сердитый, ненавидящий, любящий, мужественный, обожающий. Это означает, что психотерапевт любит клиента без чувства собственности, высоко ценит его без всяких условий. Проявляющиеся положительные чувства психотерапевта не ограничены никакими условиями и оценками [3].

“Самость”. Большинство психологов используют термин “самость” для обозначения неизменной части личности. Согласно К. Роджерсу, “самость” — это представление о себе, которое постепенно меняется в процессе развития личности. “Самость” — это организованный гештальт, постоянно находящийся в процессе формирования. Это только стоп-кадр, искусственно выделенный из непрерывного процесса, который невозможно зафиксировать.

Идеальная “самость” — это представление о себе как идеале. Истинная “самость” отличается от идеальной. Степень этого различия определяет уровень дискомфорта личности и может вызвать невротическое состояние.

“Принятие себя таким человеком, каким ты действительно являешься, а не таким, каким ты хотел бы быть, — учит К. Роджерс, — есть признак душевного здоровья” [18].

К. Роджерс ввел понятие “условие ценности”. Это своеобразное мерило истинного “Я”. Гиперопека или гипоопека родителей — это прежде всего неправильный выбор условий ценности в отношениях со своими детьми.

Еще труднее определить условие ценности для себя. Но когда это удастся, когда у человека хватает интуиции и мужества правильно оценить себя, свои возможности, — это залог душевного комфорта и путь к дальнейшему развитию личности. Часто же равновесие между “самостью” и реальностью нарушается, что ведет к усилению защитных реакций.

Психотерапия, центрированная на клиенте, стремится создать атмосферу, в которой факторы, деформирующие личность, могут быть устранены, а здоровые силы “самости” перейти в равновесие и способствовать выздоровлению.

Социальные отношения. Основное в учении К. Роджерса — это роль и значение межличностных отношений как в механизме развития невроза, так и в процессе выздоровления. Согласно К. Роджерсу, только в отношениях с другими людьми человек в состоянии раскрыть и осознать свое истинное “Я”. Главное — найти в себе силы и возможности разрушить барьер, препятствующий межличностному контакту.

Согласно К. Роджерсу, основной барьер, мешающий общению между людьми, — это естественная тенденция человека судить, оценивать, одобрять или не одобрять утверждение другого человека или другой группы.

Личность психотерапевта. “Ключ к исцелению находится у клиента, но психотерапевт должен обладать определенными личностными качествами, способными помочь клиенту научиться пользоваться этим ключом”, — писал К. Роджерс.

Ученый ввел еще одно понятие — “психотерапевт, центрированный на клиенте”. Чтобы обрести доверие клиента, учит К. Роджерс, психотерапевт должен быть тем, кем он есть на самом деле, а не играть роль психотерапевта. Это близко тому, что А. Маслоу называет “даосской любовью” — любовью, которая не предлагает, не ограничивает и не определяет. Это обещание принимать клиента таким, каким он кажется. Такое отношение (психотерапевт — клиент) подобно отношению учителей восточных школ, которые, видя божественное в каждом человеке, могут относиться ко всем с одинаковым уважением и состраданием.

Психотерапевт, центрированный на клиенте, должен уметь поддерживать уверенность в его внутренних силах, утверждать в нем веру в свои способности к самосовершенствованию. А для этого нужно чувствовать внутренний мир клиента как собственный [18].

Энкаунтер-группы. В некоторых источниках это понятие переводится как группы столкновения, хотя более приемлемый перевод — группы встреч. Переход К. Роджерса от теоретических концепций психотерапии, центрированной на клиенте, к энкаунтер-группам был естественным и неизбежным. Одно его утверждение о том, что выздоровление клиентов зависит от них самих, а не от психотерапевта, вело к созданию групп, способствующих самоизлечению.

Энкаунтер-группы относятся к новому направлению в практической психотерапии. До сих пор бытует мнение, что групповая психотерапия возникла вследствие дефицита времени у психотерапевта, а также для облегчения финансовых расчетов и что в искусственно созданных группах пациентов применяют те же методы, что и при индивидуальной психотерапии. На самом деле это не так.

Заслуга К. Роджерса заключается в том, что он один из первых раскрыл механизм воздействия группы на личность и личности на группу. Он ввел понятие “процесс встреч”. Контакт в группе начинается с общего знакомства, “хождения вокруг да около”. Когда выясняется, что члены группы сами должны определить, чем они будут заниматься, наступает период разочарования. Этот период межличностных отношений проявляется в сопротивлении самовыражению и самораскрытию. К. Роджерс отмечает, что “члены группы стремятся показать друг другу свое “публичное Я”, и лишь постепенно, боязливо и амбивалентно они предпринимают шаги, чтобы обнаружить нечто из своего “приватного Я”. Сначала члены группы более склонны обсуждать события и переживания из прошлого и только позже переходят на настоящее. К. Роджерс считает, что предшествующий опыт безопаснее и менее подвержен критике или сочувствию, чем настоящий.

Когда группа начинает работать по принципу “здесь и сейчас”, вначале почти всегда проявляются негативные чувства. К. Роджерс полагает, что глубокие позитивные чувства выразить гораздо труднее и опаснее, так как они менее защищены, нежели негативные. Сказать “я вас люблю” всегда труднее, чем “я вас ненавижу”.

Когда этап негативизма прошел и группа при этом не распалась, начинает формироваться климат доверия. Члены группы идут на осознанный риск, появляется лично значимый материал. Члены группы начинают доверять друг другу свои истинные чувства, как негативные, так и позитивные.

Реакция группы на искреннее раскрытие одного из пациентов чаще всего бывает неоднозначной, но всегда несет в себе, по принципу обратной связи, исцеляющий потенциал. То, что опытный психотерапевт делает за долгие месяцы, группа может сделать в течение одной встречи. “Этот род способностей, — писал К. Роджерс, — проявляется столь определенно в группах, что они привели меня к чувству, что способность к исцелению, или психотерапия, гораздо более распространена в человеческой жизни, чем мы предполагаем” [18].

По принципу групповой обратной связи человек в ответ на реакцию группы в состоянии лучше осознать свои чувства, поступки и отношение к окружающему. Постепенно в группе возникает нетерпение к защитам. Иногда деликатно, а то и прямо группа начинает требовать, чтобы каждый ее член был самим собой, не скрывал истинных чувств и намерений. Общение на таком уровне ведет к вскрытию бессознательного, формированию и отреагированию гештальтов. Другими словами, общение на таком уровне способствует исцелению. Группа чаще всего не понимает механизмов исцеления, а ведет к этому интуитивно.

Крайнюю (полюсную) форму групповой обратной связи К. Роджерс называл *конфронтацией*. Конфронтация может быть как негативной, так и позитивной. За конфронтацией обычно следует катарсис. Ученый считал, что каждая волна негативных чувств, каждая вспышка страха вызывает выражение позитивных чувств и поддержки.

Если группа поддерживает своего члена даже тогда, когда он высказывает негативные чувства, то это указывает на ее зрелость. Такая группа в состоянии воздействовать на своего члена, изменить его взгляды о себе, лучше осознать себя. В свою очередь, если группа успешно демонстрирует возможности принимать и осознавать негативные чувства, не отстраняя человека, который их выражает, то члены группы становятся более открытыми, у них повышается способность к самоосознанию, саморегуляции, а это уже путь к исцелению [16].

11.3. Психотехника в концепции К. Роджерса

Кроме трех основных компонентов психотехники К. Роджерса (конгруэнтности, эмпатии и заботы) различают семь стадий кон-

сультативного процесса, знание и полноценное использование которых также можно отнести к методическому аспекту подхода.

Первая стадия — заблокированность внутренней коммуникации (отсутствует Я-сообщение, или сообщение личностных смыслов, отрицается наличие проблем, отсутствует желание к изменениям).

Вторая стадия — самовыражение (когда клиент начинает в атмосфере принятия приоткрывать свои чувства, проблемы со всеми ограничениями и последствиями).

На *третьей и четвертой стадиях* развивается процесс самораскрытия и принятия себя клиентом во всей сложности, противоречивости, ограниченности и незавершенности.

Пятая стадия — процесс, когда человек начинает воспринимать собственный феноменологический мир как свой, т. е. преодолевается отчужденность от своего “Я” и, как следствие, возрастает потребность быть собой.

На *шестой стадии* развиваются конгруэнтность, самопринятие и ответственность, устанавливается свободная внутренняя коммуникация, поведение и самоощущение “Я” становятся органичными, спонтанными, личностный опыт интегрирует в единое целое.

На *седьмой стадии* — стадии личностных изменений, открытости себя миру — психолог уже не нужен, так как достигнута основная цель психотерапевтической помощи — состояние конгруэнтности с собой и миром. Достигнута открытость новому опыту и установлен реалистический баланс между “Я-реальным” и “Я-идеальным” [3].

Вопросы для самоконтроля

1. Сущность недирективного подхода к психотерапии К. Роджерса.
2. Основные понятия психотерапии, ориентированной на клиента.
3. Сущность понятия “конгруэнтность”.
4. Что означает понятие “самость”?
5. Сущность психотехники в концепции К. Роджерса.
6. Цель психологической помощи в психотерапии, центрированной на клиенте.
7. О чем свидетельствует несоответствие между опытом и осознанием?
8. Может ли индивид сам оценить степень конгруэнтности?
9. Сущность понятия “безусловное положительное отношение”.
10. Что означает понятие “условие ценности”?
11. Какой основной барьер, согласно концепции К. Роджерса, мешает общению людей?

12. Какие условия влияют на создание душевного комфорта по К. Роджерсу?
13. Роль и значение межличностных отношений в учении К. Роджерса.
14. Позиция личности психотерапевта в психотерапии, ориентированной на клиента.
15. Сущность понятия “процесс встреч”.
16. Что означает понятие “конфронтация”?

Логотерапия

Логотерапия (от греч. *λογος* — слово, учение) — метод психотерапии, созданный **Виктором Франклом** (р. 1905) [16]. Этот метод представляет собой сложную систему философских, психологических и медицинских воззрений на природу и сущность человека, механизмы развития личности в норме и патологии, пути коррекции аномалий в развитии личности. Третья венская школа психотерапии — так иногда называют логотерапию — ведет поиск и исследует смысл человеческого существования. Согласно логотерапии, стремление к поиску и реализации человеком смысла своей жизни — врожденная мотивационная тенденция, присущая всем людям и являющаяся основным двигателем поведения и развития личности. Поэтому В. Франкл говорил о “стремлении к смыслу” в противовес принципу удовольствия (иначе — “стремление к удовольствию”), на котором сконцентрирован психоанализ. Человеку требуется не состояние равновесия, гомеостаз, а скорее, борьба за какую-то цель, достойную его.

Стремление человека к реализации смысла жизни может быть фрустрировано (заблокировано); хотя сама по себе экзистенциальная фрустрация не патогенна, но может привести к неврозу, коренящемуся не в психической, а в духовной сфере существования человека. Эти ноогенные неврозы возникают не в связи с конфликтами между влечением и сознанием, а вследствие конфликтов между различными ценностями, на основе нравственных конфликтов. Фрустрированная потребность в смысле жизни может компенсироваться стремлением к власти, удовольствию (часто в виде сильного сексуального влечения), психогенными неврозами. Поэтому логотерапия показана не только при ноогенных, но и при психогенных неврозах. Логотерапия не конкурирует с другими методами лечения, но она вполне может соперничать с ними благодаря дополнительному фактору, который включает в себя.

Как одно из направлений современной психотерапии логотерапия занимает в ней особое место, противостоя, с одной стороны,

психоанализу, а с другой — поведенческой психотерапии. Логотерапия отличается от всех других систем психотерапии не на уровне неврозов, а при выходе за его пределы, в пространство специфических человеческих проявлений. Конкретно речь идет о двух фундаментальных антропологических характеристиках человеческого существования — самотрансценденции и способности к самоотстранению. На этих двух характеристиках человека основывается механизм действия методов парадоксальной интенции В. Франкла, применяемой при лечении фобий и obsессий, а также дерефлексии, используемой при лечении сексуальных неврозов.

Существуют специфическая и неспецифическая сферы применения логотерапии. Психотерапия различных заболеваний — это неспецифическая сфера. Специфической же сферой являются ноогенные неврозы, порожденные утратой смысла жизни. В этом случае используют методику сократовского диалога, которая позволяет подтолкнуть пациента к открытию им адекватного смысла своей жизни. При этом важную роль играет личность психотерапевта, хотя навязывание им своих смыслов недопустимо.

Никто, и логотерапевт в том числе, не должен “преподносить” тот единственный смысл, который человек может найти в своей жизни, в своей ситуации. Однако логотерапия ставит целью расширить возможности пациента видеть весь спектр потенциальных смыслов, которые может содержать любая ситуация. Не человек ставит вопрос о смысле своей жизни — жизнь ставит этот вопрос перед ним. Другими словами, человек не изображает смысл, а находит его в объективной действительности. Правильно ставить вопрос не о смысле жизни вообще, а о конкретном смысле жизни конкретной личности в конкретный момент.

Вопрос о том, как человек находит смысл своей жизни, является ключевым для практической логотерапии. Процесс нахождения смысла формирует общепсихологические закономерности человеческого познания (в частности, выделение фигуры из фона). Однако смысловая реальность не заключается в измерениях биологического и психологического существования человека и ее невозможно изучать традиционными методами. Положение об уникальности смысла не мешает В. Франклу дать содержательную характеристику возможных позитивных смыслов.

Ценности — это смысловые универсумы, являющиеся результатом обобщения типичных ситуаций в истории общества. Различа-

ют три группы ценностей: творчества, переживания и отношения. Приоритет имеют *ценности творчества*, основным путем реализации которых является труд. Из *ценностей переживания* В. Франкл особо выделяет любовь, которая имеет богатый смысловой потенциал [24].

Основной парадокс и новизна логотерапии связаны с *ценностями отношения*. При любых обстоятельствах человек способен занять осмысленную позицию в связи с этими обстоятельствами и придать, например, своему страданию глубокий жизненный смысл. Таким образом, жизнь человека никогда не может оказаться бессмысленной. Практические достижения логотерапии связаны как раз с ценностями отношения, с нахождением людьми смысла своего существования в ситуациях, представляющихся им безысходными. Однако обращение к ним оправдано, когда все остальные возможности повлиять на собственную судьбу исчерпаны.

С принятием решения, с выбором сопряжена ответственность человека за свою жизнь. Проблема ответственности является узловой проблемой логотерапии. Найдя смысл жизни, человек несет ответственность за реализацию этого уникального смысла; от индивида требуется принятие решения, желает он или нет осуществлять смысл в определенной ситуации.

Необходимость и свобода локализованы не на одном уровне. Свобода возвышается над любой необходимостью. Человек свободен относительно своих влечений к наследственности и факторов внешней среды. Он в целом представляет собой самодетерминирующееся существо и свободен в реализации смысла жизни [23].

Вопросы для самоконтроля

1. Сущность метода логотерапии В. Франкла.
2. В чем заключается понятие “смысл жизни” по В. Франклу?
3. Можно ли изобрести или придумать смысл жизни конкретного человека?

Поведенческое направление в психотерапии

13.1. Общая характеристика поведенческого направления в психотерапии

Теоретической основой поведенческой психотерапии является направление, сформировавшееся в начале XX в. и получившее название **бихевиоризм** (от англ. *behavior* — поведение). Основоположником бихевиоризма является американский зоопсихолог **Джон Уотсон** (1878–1958). Он выступал против взглядов на психологию как науку о непосредственно переживаемых субъективных явлениях и предложил программу построения новой психологии, предметом которой считал поведение, а не сознание. Дж. Уотсон предпринял попытку создать объективную психологию, свободную от перегруженности философией и религией. В статье “Психология как ее видит бихевиорист” (1913) Дж. Уотсон констатировал, что этой науке за полвека существования в качестве экспериментальной дисциплины не удалось занять достойного места среди других естественных наук. Ученый возложил вину за это на ложное понимание предмета и метода психологических исследований. Он утверждал, что их предметом вместо сознания должно стать поведение, а субъективный (интроспективный) метод следует решительно отвергнуть, утвердив вместо него объективный. Программная статья Дж. Уотсона была в дальнейшем оценена научными кругами как начало “бихевиористской революции”. В 1920 г. академическая карьера Дж. Уотсона неожиданно (по семейным обстоятельствам) оборвалась, и он, перейдя на работу в рекламное бюро, сделал карьеру бизнесмена. Однако его работа “Бихевиоризм” (1925) вызвала бурю дискуссий не только в психологических кругах. Она стала предметом острейших споров далеко за их пределами. Газета “Нью-Йорк таймс” оценила эту работу как “веху в интеллектуальной истории человечества” [32].

Основная идея бихевиоризма заключалась в том, что каждый стимул связан с определенной реакцией. Эта идея стала фундамен-

тальным правилом поведенческой психологии и бихевиористического направления в психотерапии.

В отечественной науке предшественниками бихевиоризма можно считать В. Бехтерева, И. Сеченова, И. Павлова, разработывавших рефлекторную теорию.

В настоящее время в бихевиористской психотерапии наблюдаются три основные тенденции:

- классическое обусловливание, восходящее к экспериментальным традициям И. Павлова;
- оперантное обусловливание, связанное с Б. Скиннером и его “модификацией поведения”;
- “мультимодальное программирование” А. Лазаруса.

Современные бихевиористические взгляды базируются на положении о том, что человек — продукт и одновременно производитель своей окружающей среды. Таким образом, современные представители бихевиоризма стремятся преодолеть устаревшие механистические подходы классического бихевиоризма. Современный подход ориентирован на реальные действия, т. е. человек трактуется как субъект, который своими действиями изменяет реальность. Таким образом, во главу угла ставится уже не механическая реакция, а акция — осознанное действие.

Вместе с тем приверженность к модели классического бихевиоризма нашла отражение в строгом следовании принципам проверяемости, детерминизма (обусловленности поведения), воспроизводимости и учета среды. В этой связи в поведенческой психотерапии главное, какое конкретно лечение проводится, кем и какой индивид подвергается процессу психотерапии, с какой конкретной проблемой и при каких обстоятельствах это происходит.

Центральная проблема бихевиоризма — научение. Основная цель бихевиористической психотерапии — обеспечивать новые условия для научения, т. е. выработать новое обусловливание и на этой основе помогать овладевать новым поведением.

Здоровье и болезнь в рамках концепции бихевиоризма являются результатом того, чему человек научился в жизни и чему не научился. Невротический симптом рассматривается как неадаптивное поведение, сформировавшееся вследствие неправильного научения.

Следует отметить, что в клинической практике бихевиоризм — не только представляет собой теоретическую основу поведенческой психотерапии, но и существенно влияет на развитие такого направления, как терапия средой.

13.2. Основные понятия поведенческой психотерапии

Поскольку вся поведенческая психотерапия связана с научением, то и ее понятия отражают основные концепции научения, сложившиеся в бихевиоризме. Рассмотрим эти понятия [3].

Обусловливание. Это понятие охватывает всю область воздействия на поведение. Оно объясняет поведение как реакцию на определенные стимулы. Различают два вида обусловливания: классическое (по И. Павлову) и оперантное (по Б. Скиннеру).

Классическое обусловливание заключается в том, что научение определенному поведению происходит благодаря подкрепляющему сочетанию стимулов. Рассмотрим пример с подопытными собаками, когда долгое время сочетали два стимула — еду (безусловный стимул) и включение света (безразличный стимул). В результате у подопытных собак начинала выделяться слюна тогда, когда включался свет, т. е. у них выработался условный рефлекс на безразличный раздражитель.

Оперантное обусловливание заключается в том, что научение происходит путем выбора стимула, сопровождающегося положительным подкреплением. Так, Б. Скиннер предложил выдавать специальные жетоны за хорошее поведение несовершеннолетним правонарушителям, находящимся в колонии. За такие жетоны можно было что-нибудь приобрести в местном магазине, но главное, что с помощью такого стимула формировалось социально одобряемое поведение.

Кроме того, существует *безусловное научение*, которое происходит вне специально организованного обусловливания, но может существенно повлиять на дальнейшее поведение. Например, ребенка случайно испугала собака, и он в дальнейшем панически боялся всех собак, даже тех, которых показывали по телевизору.

Генерализация (обобщение). Это понятие, отражающее обобщение реакции на сходные стимулы. Например, ребенок, боящийся белых кроликов, начинает бояться всех белых небольших животных, а затем и белых пушистых игрушек.

Затухание. Это понятие отражает закономерности, связанные с исчезновением реакции, вызванной в результате обусловливания. В качестве примера приведем эксперимент Дж. Уотсона и Р. Райнер. С помощью метода обусловливания они сформировали у 11-месяч-

ного ребенка эмоцию страха к белым крысам, применяя резкий звуковой сигнал всякий раз, когда ребенок пытался дотронуться до животного. Далее, постепенно снижая неприятный звук при приближении ребенка к животному, исследователи регистрировали затухание вызванной реакции страха.

Контробусловливание. Это понятие отражает действие обусловливания, не совместимое с первоначальным обуславливающим воздействием. Как пример приведем эксперимент, проведенный М. Джоунс. Для излечения трехлетнего ребенка от фобии (боязни) кроликов она применила механизм контробусловливания. Ежедневно во время приема пищи ребенком М. Джоунс помещала кролика на безопасном расстоянии, с каждым днем сокращая его. Эксперимент имел положительный результат: ребенок перестал бояться кроликов. Здесь в качестве контробусловливания служил прием пищи. На контробусловливание построена техника, при которой человека, страдающего фобией, учат расслабляться в моменты, когда он испытывает страх.

Эффект частичного подкрепления. Это понятие отражает феномен поведения, когда подкрепление, хотя и не постоянное, вызывает желаемое действие. Именно на этом психологическом эффекте основано, например, действие азартных игр или игровых автоматов.

Вызванная эмоциональная реакция. В этом понятии зафиксирован феномен, когда предъявление безразличного условного стимула в сочетании с болезненным безусловным стимулом вызывает страх при повторении предъявления безразличного условного стимула. Например, включение света некоторое время сопровождается легким ударом тока. Через некоторое время при включении света возникает страх.

Реакция избегания. Это понятие характеризуется исчезновением эмоции страха, когда субъект научается избегать действия болезненного стимула. Например, ученик, боясь получить плохую оценку, перестает ходить в школу.

Конфликт. В бихевиористской психотерапии это понятие означает противоречие между потребностью и связанной с ней реакцией избегания. Например, девушка хочет получить образование в престижном учебном заведении, однако боится вступительных экзаменов и не может преодолеть эту боязнь.

Избыточное поведение (двигательное, эмоциональное или мыслительное). Такая реакция возникает как разновидность реакции избе-

гания, когда генерализуются (обобщаются) действия, получившие ранее отрицательное подкрепление, или они замещаются посредством направленности на другой объект. Общеизвестно выражение: “Обжегшись на молоке, дуешь на воду”. Например, человек, переживший неудачный брак, в дальнейшем вообще начинает избегать лиц противоположного пола [3].

13.3. Психотерапевтический процесс в рамках теории поведения

Как отмечалось, центральной проблемой бихевиоризма является проблема научения. Основной же целью поведения является адаптация. Как психологическая основа поведенческой психотерапии и поведенческого направления в медицине бихевиоризм определяет их подход к проблеме здоровья и болезни. Согласно этим представлениям, как уже отмечалось, здоровье и болезнь — результат того, чему человек научился в жизни и чему не научился, а невротический синдром — неадаптивное поведение, сформировавшееся в результате неправильного научения. В соответствии с этим основная цель поведенческой психотерапии — устранить симптомы, т. е. заменить неадаптивные способы поведения адаптивными, эталонными, нормативными, правильными, что достигается в процессе обучения. В частности, бихевиористский психотерапевтический процесс может включать в себя формирование новых социальных умений, овладение психологическими целями саморегуляции, преодоление вредных привычек и снятие стресса, избавление от эмоциональных травм и т. д.

Остановимся на разделе поведенческой психотерапии, который называется “тренинг самоутверждения”. Его основатель А. Сэлтер, опираясь на теорию И. Павлова об условных рефлексах, предложил программу для работы с пациентами, у которых ограничен набор стереотипов поведения, из-за чего они испытывают чувство неполноценности и трудности в реализации своих желаний.

Психолог-консультант, практикующий в рамках поведенческой психотерапии, всегда выступает в роли учителя, наставника или врача. В этой связи он должен создать собственный образ как образец для подражания.

В свою очередь, пациент, поощряемый консультантом, должен стараться быть активным, осознавать поставленные психотерапев-

тические цели, сотрудничать с психотерапевтом и активно использовать новые способы поведения. Важнейшим моментом в психологической позиции клиента является выработка у него готовности к применению новых форм поведения.

13.4. Программное обучение

Психологические и методологические основы современного программного обучения заложил Б. Скиннер. С помощью компьютера ученику предлагается определенное утверждение. Ученик дает ответ, определяя правильность или неправильность этого утверждения. Сразу же осуществляется обратная связь — компьютер дает правильный ответ.

Б. Скиннер исходя из идей бихевиоризма одним из первых стал пропагандировать обучение с помощью компьютера. В пользу такого обучения он приводил следующие аргументы [10]:

- работая с компьютером, можно придерживаться индивидуального темпа и ритма работы (ведь флегматик работает медленно, а холерик — быстро);

- учащийся переходит к более сложному материалу лишь тогда, когда усвоил более простой;

- поскольку компьютер не дает эмоциональных комментариев типа “садись, бездарь, двойка”, у ученика не вырабатывается чувство ущербности;

- ученик постоянно активен и получает немедленное подтверждение своего успеха;

- вопрос сформулирован корректно и в такой форме, что ученик всегда понимает его суть;

- компьютерные ответы всегда имеют иерархию точности, позволяют выбирать и несут обучающий характер.

Заметим, что при переходе с обычного обучения на программированное необходимо определенное время для адаптации, так как вначале достоинства компьютерного обучения — корректность и неэмоциональность (отсутствие человеческого фактора) — могут торозить успешное усвоение материала.

Итак, работы Б. Скиннера послужили основой для создания целого направления в психологии и психотерапии. Ученый часто повторял, что если мы начнем иначе смотреть на поведение человека, то и с ним самим начнем обращаться иначе.

Безусловно, в учении Б. Скиннера не все бесспорно. Так, его критикуют за прагматизм и бездуховность. Идеи оперантного обусловливания не настолько универсальны, как учение об условных рефлексах, но они создают базу для разработки эффективных психотерапевтических методик.

Вопросы для самоконтроля

1. Какая психологическая теория легла в основу поведенческой психотерапии?
2. Основная идея бихевиоризма.
3. Основные тенденции в бихевиористской психотерапии.
4. Что означает понятие “конфликт” в бихевиористской психотерапии?
5. Кого из представителей отечественной науки можно отнести к бихевиористам?

Экзистенциальная психотерапия

14.1. Сущность и основные понятия экзистенциальной психотерапии

Согласно теории экзистенциализма (от лат. *existentia* — существование) основные проявления человеческого существования — это забота, страх, решимость, совесть и любовь. Человек проявляет экзистенцию в экстремальных условиях, таких, как борьба, страдание, смерть. Постигая экзистенцию, он обретает свободу.

Понятие “экзистенциальная психотерапия” собирательное. В психотерапевтических подходах акцентируется на свободной воле, свободном развитии личности, осознании ответственности человека за формирование собственного внутреннего мира и выбор жизненного пути.

Практические подходы в экзистенциальной психотерапии восходят к экзистенциальному направлению в философии — философии существования. Она возникла в XX в. как следствие потрясений и разочарований, вызванных двумя мировыми войнами. Большинство западных философов утратили веру в исторический прогресс и человеческий разум. Они стали рассматривать личность как проекцию подлинного (экзистенциального) “Я”, пронизанного ощущениями тревожности, “заброшенности”, трагизма и бессмысленности существования. Такой взгляд на личность нашел поддержку в психологических кругах. Его сторонники образовали направление экзистенциальной, или гуманистической, психологии и объявили его “третьим путем” относительно бихевиоризма и фрейдизма.

Центром гуманистической психологии стали США, а лидирующими фигурами — К. Роджерс, Р. Мэй, А. Маслоу, Г. Олпорт. “Американская психология, — отмечал Г. Олпорт, — имеет мало собственных оригинальных теорий. Однако она сослужила большую службу тем, что способствовала распространению и уточнению тех

научных вкладов, которые были сделаны Павловым, Бине, Фрейдом, Роршахом и др. Теперь, я предсказываю, мы можем сослужить аналогичную службу в отношении Хайдеггера, Ясперса и Бинсвангера” [33].

Как отмечалось, некоторые философы, психологи и психиатры на Западе с недоверием отнеслись к положениям бихевиористского (поведенческого) направления в науке, усматривая в их выводах главную угрозу и препятствие на пути реализации личностью своих возможностей. В этой атмосфере и складывается экзистенциальная психология, которая провозглашает поход за человека как целостную уникальную личность во всей полноте ее внутреннего опыта, в ее “открытости” миру и непрерывной самоактуализации. Представители экзистенциальной психологии подчеркивают, что все позволенные меньше отличаются друг от друга, чем одно человеческое существо от другого.

Среди психологов, поддержавших экзистенциальное направление, большинство психотерапевтов.

Базисные положения экзистенциальной психотерапии могут варьировать или приобретать различный акцент в зависимости от того или иного конкретного представителя направления. Однако в совокупности они составляют понятийную основу концепции. Главные понятия — это диалог (встреча), опыт, переживание, аутентичность (подлинность), самоактуализация, ценность, бытие (в мире), жизненный (феноменологический) мир, событие (жизненная ситуация).

Рассмотрим указанные понятия более подробно.

Согласно американскому психологу У. Шутцу, **встреча** — это способ установления отношений между людьми, основанный на открытости и честности, осознании самого себя и своего физического “Я”, ответственности, внимании к чувствам, ориентации на принцип “здесь и сейчас”.

Опыт. Это понятие в экзистенциальной психотерапии понимается не в традиционном смысле этого слова, а как структура, характеризующая единственность, уникальность и необратимость человеческого бытия. В этом смысле опыт жизни пятилетнего ребенка не менее истинен, чем опыт умудренного старца. Поэтому с понятием “опыт” тесно связано понятие “переживание”.

Переживание — это особый способ или состояние бытия. Ю. Джендлин, предложивший это понятие, дает следующие (довольно нечеткие) его определения:

- переживание скорее чувствуется, чем мыслится, знается или вербализуется (облекается в словесную форму);
- переживание происходит в непосредственно сиюминутном настоящем;
- переживание — это изменчивый поток чувствований, делающий возможным для каждого индивида почувствовать что-то в любой текущий момент.

Особое значение в экзистенциальной психотерапии придается так называемым пиковым переживаниям, сопровождающим рост личности. Под “пиковыми переживаниями” понимается максимальное ощущение человеком полноты бытия и всех своих потенций.

Понятие “**аутентичность**” (от лат. *authenticus* — подлинность) ввел философ М. Хайдеггер. Это понятие развивал К. Ясперс в связи с центральной проблемой его философии человека, а именно: превращения неподлинного человеческого бытия в подлинное. Подлинность, по К. Ясперсу, — это “парение в ситуации и в мысли”, т. е. бытие, не скованное и не укрепленное какой-либо определенной концепцией, идеей или возможностью, которая навязана извне и предопределяет выбор человека. Другими словами, это искренность до конца: и относительно других, и относительно себя. В этом случае человек свободен как от внешних манипуляций, так и от самоманипулирования, проявляя себя в непосредственно ясном и ответственно свободном бытии.

К. Роджерс определил аутентичность как способность человека в общении отказываться от различных социальных ролей (психотерапевта, профессионала, педагога, руководителя и др.), позволяя проявляться подлинным, свойственным только этой личности мыслям, эмоциям и поведению. В традициях гуманистической психологии аутентичность характеризует некую идеальную личность в противоположность невротической личности. Примером аутентичного поведения может служить поведение участника тренинговой группы, который, испытывая страх перед предстоящим групповым обсуждением вопроса “Как ты сейчас себя чувствуешь?”, честно признается в том, что боится.

Самоактуализация — стремление человека к наиболее полному выявлению и развитию своих возможностей, к актуализации собственного личностного потенциала. Понятие самоактуализации является центральным для гуманистической психологии, которая рассматривает личность как уникальную целостную систему, представ-

ляющую собой не нечто заранее данное, а открытую возможность самоактуализации, присущую только человеку. Потребность в самоактуализации является высшей потребностью, главным мотивационным фактором.

Ценность — понятие, которое в экзистенциальной психотерапии отражает содержание, относящееся к направленности, устремленности переживаний.

А. Маслоу выделил две группы ценностей: Б-ценности и Д-ценности. Б-ценности — это бытийные ценности, ценности полноты бытия. К ним относятся добро, справедливость, правдивость, самодостаточность. Д-ценности — это депривационные ценности, т. е. возникающие от дефицита чего-то. Тип ценностей, свойственных человеку, определяет их бытие.

Бытие (т. е. в мире). Категория бытия, согласно А. Бондаренко [3], являясь основной, библейской, была отодвинута в немецкой классической философии на второй план, уступив место категории деятельности. Экзистенциализм вернул ей первоначальное первенство. Бытие рассматривается экзистенциальной психотерапией как данность миру, некий символ, воплощающий сплав всевозможных форм существования себя человеком в мире.

Жизненный мир, или, как его еще называют, **феноменологический мир** — это категория, которая, по мнению экзистенциалистов, должна использоваться при описании объективно наблюдаемого поведения. Исследователи утверждают, что, сосредоточившись на своем феноменологическом мире, индивид открывает “Я” как целостность.

Феномен здесь рассматривается как “сращение” внешнего и внутреннего миров, образующее целостный жизненный мир.

Понятие жизненного мира определяет одно из основных правил экзистенциальной психотерапии, которое гласит: клиента необходимо понимать так, как он понимает себя сам, т. е. в его данном самому себе видении. Такое понимание описывается метафорой “войти в кожу клиента”.

Событие (жизненная ситуация) — это, скорее, не понятие, а принцип построения экзистенциальной психотерапевтической процедуры. Он заключается в рассмотрении мира как целостности, которая перестает быть просто объектом воздействия, а отвечает на наше действие необратимым и вероятностным образом. Этот принцип работает в обратном порядке: он помогает человеку осознать, что все, что с ним происходит, совершается и вызывается им самим, хотя и

опосредованным, вероятностным образом. Например, чересчур заботливая мама своими навязчивыми действиями и предостережениями может спровоцировать у своего ребенка частую заболеваемость и повышенный травматизм [3].

14.2. Цели экзистенциального психотерапевтического процесса

Основными целями экзистенциальной психотерапии являются помощь клиенту в обретении смысла собственной жизни, осознании личной свободы и ответственности; открытии своих личностных возможностей в полноценном общении; помощь в восстановлении аутентичности личности — соответствии ее бытия в мире внутренней природе личности.

Экзистенциальная психотерапия рассматривает личность клиента и его судьбу как важнейший, уникальный и, безусловно, заслуживающий признания “жизненный мир”, само существование которого есть самоценность.

В рамках экзистенциальной психотерапии рассматриваются следующие проблемы:

- времени, жизни и смерти;
- свободы, ответственности и выбора;
- общения, любви и одиночества;
- поиска смысла существования.

Работая с клиентом, психотерапевт должен понимать его в терминах собственного жизненного мира клиента, образа себя и действительности. Основное внимание психотерапевт уделяет текущему, сиюминутному моменту жизни клиента и его актуальным переживаниям. При этом психотерапевт должен уметь совмещать понимание клиента со способностью к конфронтации с тем, что именуется “ограниченным существованием” в клиенте.

В экзистенциальной психотерапии основные усилия направлены на то, чтобы помочь клиенту принять серьезно свой феноменологический мир, понять реальность своих осознанных или неосознаваемых выборов и их последствий. В этой связи в клиентах поощряются открытость, активность и сосредоточенность на основных проблемах жизни (рождение, любовь, тревога, судьба, вина, смерть, ответственность), т. е. на экзистенциальных проблемах, не имеющих

рационального решения, так как работа с клиентами позволяет снимать текущие психологические проблемы.

14.3. Психотехника в экзистенциальной парадигме

Следует отметить, что представители экзистенциальной психологии отвергают значимость каких-либо психотехник в психотерапии и, наоборот, подчеркивают важность процессов понимания, осознания и принятия решений, т. е. тех личностных действий, которые отвергают какие-либо специальные методики психотерапии, не требуя ничего, кроме умения слушать и сопереживать.

Вместе с тем эти умения можно описать именно в психотехнических терминах, поскольку они представляют собой определенные конструктивные действия. Рассмотрим их подробнее.

Упор на развитие самосознания. В этом случае акцент делается на ценностном переживании собственного “Я”, открытии для себя значимости и ценности собственного жизненного мира. Психотерапевт помогает клиенту осознать и пережить свои ограничения, свою потенциальную свободу от прошлого, ценность своего “Я” и ценность своей жизни в настоящем.

Культивирование свободы и ответственности. Психотерапевт помогает клиенту обнаружить способы ухода от ответственности и свободы и поощряет к принятию риска относительно этих ценностей. Такая помощь заключается в разъяснении того, что у клиента всегда есть выбор, в поощрении открытого признания собственного отказа от принятия ответственности, в подбадривании отстаивания собственной независимости (автономности) и акценте на личных желаниях и переживаниях клиента, на его личном выборе в той или иной жизненной ситуации. При этом в экзистенциальной психотерапии отсутствует понятие обучения как структурирования. Считается, что человек может научиться только сам. Психотерапевт не дает клиенту ни инструкций, ни четких рекомендаций или советов.

Помощь в открытии или создании смысла. Психотерапевт не укачивает клиенту, в чем смысл его жизни, а лишь создает условия для открытия или создания клиентом собственных смыслов. При этом психотерапевт подчеркивает, что смысл не дается непосредственно, а приходит попутно, с вовлечением человека в творчество, любовь, созидательную деятельность.

Уникальность и идентичность. Эта техника заключается в поощрении открытого высказывания клиентом своих чувств с целью распознавания поверхностных, ситуативных чувств и глубинных, личностных. Результатом является открытие собственного аутентичного “Я” и неподлинного “Я”, когда клиент делает, говорит или чувствует не то, что ему свойственно или хочется, а то, что связано с имитацией жизни, с играми.

Работа с тревогой. В отличие от других психотерапевтических направлений в экзистенциальной психотерапии не существует обязательного правила снижать уровень тревожности клиента. Тревога, рассматриваемая как одно из проявлений бытия, интересна для психотерапевта в следующих аспектах:

- каким способом клиент пытается преодолеть тревогу;
- какую функцию выполняет тревога роста личности или ограничения личностного бытия;
- склонен ли клиент принять свою тревогу или стремится подавить ее.

Следует также подчеркнуть, что в экзистенциальной психотерапии особую ценность представляют собой взаимоотношения терапевта и клиента. Психотерапевтической сердцевиной этих взаимоотношений является уважение к клиенту, самораскрытие и честность психотерапевта к себе, его отказ от манипулирования и навязывания собственных моделей поведения.

Резюмируя изложенное, отметим, что до начала применения экзистенциальной психотерапии психологи не работали с человеком как таковым. Они изучали “механизмы”, “поведение”, “потребности”, “влечения”, “мотивы”, в которых терялось человеческое “Я”. В экзистенциальной психотерапии появилось “Я” не как “Эго”, а как личностное бытие, как жизненный мир.

Кроме того, экзистенциальный подход в психотерапии отвергает позицию психотерапевта над “Я” клиента как безнравственную. Равноправность позиций психотерапевта и клиента, обоюдная приверженность к риску и ответственности при предоставлении другому права свободного выбора — в этом, безусловно, прочитывается новый уровень отношения и к человеку, и к миру в целом. Такой подход назван экологическим в противовес идеологическому [3].

Вопросы для самоконтроля

1. Исторические и философские предпосылки возникновения гуманистической психологии и психотерапии.
2. На чем основываются основные подходы в экзистенциальной психотерапии?
3. Ведущие представители гуманистической психологии.
4. Основные понятия в экзистенциальной психотерапии.
5. Какими основными умениями должен обладать психотерапевт, работающий в экзистенциальной парадигме?

Когнитивная психотерапия

15.1. Основные понятия и методы когнитивной психотерапии

Когнитивная психология является одним из ведущих направлений современной зарубежной психологии. Она возникла в конце 50 — начале 60-х годов XX в. как реакция на характерное для господствующего в США бихевиоризма отрицание роли внутренней организации психических процессов.

Основные положения когнитивной психотерапии сформулировал американский психолог **Аарон Бек**. Он написал несколько работ по когнитивной психотерапии и клиническим аспектам депрессии. Он работает в Центре когнитивной психотерапии и является профессором психиатрии Университета Пенсильвании.

Когнитивная психотерапия представляет собой развитие поведенческой психотерапии, в которой эмоциональные реакции и психические расстройства рассматриваются как опосредованные познавательными (когнитивными) структурами и актуальными познавательными процессами, приобретенными в прошлом. Таким образом, промежуточной переменной между стимулом и реакцией является мысль (когниция).

В настоящее время когнитивная психотерапия — наиболее распространенное направление на Западе. Созданы многочисленные исследовательские центры, ориентирующиеся на когнитивную модель человека, а также центры по подготовке психотерапевтов.

Психотерапевты, работающие в рамках когнитивной теории, исходят из того, что эмоциональные и поведенческие проблемы их клиентов связаны с нарушением когнитивных процессов. Например, если клиент, хорошо подготовившийся к экзамену, тем не менее, панически его боится, то можно предположить, что в основе такого эмоционального поведения лежит убеждение, что провал на экзамене повлечет за собой катастрофу.

Когнитивные процессы описываются в определенных понятиях. Рассмотрим наиболее важные из них.

Неадаптивные мысли — это мысли, мешающие справиться с жизненными ситуациями, вызывающие внутреннюю дисгармонию и болезненные эмоциональные реакции. Неадаптивные мысли характеризуются автоматичностью, слабой осознанностью, трудной доступностью и неустойчивостью. Например, человека может преследовать мысль, что он выглядит смешно в любой ситуации и что окружающие посмеиваются над ним.

Автоматические мысли — это неадаптивные мысли, т. е. возникающие сами по себе, произвольно. Автоматические мысли искажают реальность, мешая успешной адаптации к ней.

А. Бек различает следующие виды искажения.

Произвольные заключения. Человек делает определенные выводы без опоры на факты или даже вопреки им. Например, студент, добросовестно занимавшийся семестр, перед экзаменами заявляет, что абсолютно ничего не знает.

Избирательное абстрагирование. На основе детали, выхваченной из контекста, делается вывод, который не согласуется со всей другой информацией. Так, на одной из вечеринок жена заметила, что муж долго разговаривал с другой женщиной. Это вызвало ее ревность, основанную на убеждении: “Мой муж меня не любит”.

Сверхгенерализация. Выводится общее правило из одного или нескольких изолированных эпизодов и распространяется на широкий круг ситуаций. Например, после неудачно выполненной контрольной работы школьник заявляет: “У меня никогда ничего не получится”.

Преувеличение и минимизация. Пример преувеличения: “Если я не выиграю соревнования — это будет катастрофой”. Пример минимизации (мысли матери, у которой сын начал употреблять наркотики): “Ничего страшного с моим сыном не происходит, многие подростки употребляют героин”.

Персонализация. Приписывание себе ответственности за поведение других людей. Например: “Я чем-то обидел его”, “Из-за меня она теперь не хочет сюда приходиться” и т. п.

Дихотомическое мышление. Мышление в так называемых черно-белых категориях: другие люди воспринимаются либо только как абсолютно хорошие, либо как абсолютно плохие; ситуация оценивается или как полный успех, или как абсолютное поражение.

Таким образом, один из важнейших шагов в когнитивной терапии — это выявление (идентификация) клиентом собственных авто-

матических мыслей. Клиент может назвать множество ситуаций, когда у него возникает необъяснимая тревога. Она становится понятной лишь тогда, когда пациент восстанавливает ход мысли, возникающей в ответ на психотравмирующие ситуации.

Автоматические мысли психотерапевт обнаруживает, расспрашивая клиента. Используют также технику проигрывания ролей, когда клиента побуждают к наблюдению собственных автоматических мыслей. Автоматические мысли, обнаруженные в психотерапевтической ситуации, необходимо проверять. Например, если мужчина открыл в себе автоматическую мысль “Я не могу общаться с красивыми женщинами”, психотерапевт поощряет его проверить эту мысль на практике. Может оказаться, что эту мысль следует откорректировать, например: “Я боюсь властных женщин” или “Я боюсь быть отвергнутым”. Психотерапевт не должен навязывать клиенту трактовку автоматических мыслей и интерпретировать поведение клиента без согласования с ним. В этой связи психотерапевту необходимо время от времени проверять, насколько клиент с ним согласен, и быть бдительным к сигналам несогласия клиента. Необходимо также помнить, что клиенты могут соглашаться с психотерапевтом из-за страха оспорить его мнение или из потребности доставить ему удовольствие. Поэтому психотерапевт должен сообщить клиенту, что тот имеет право с ним не соглашаться и предлагать более точные формулировки собственных мыслей, а также более адекватные интерпретации собственных поступков [6].

15.2. Психотехники проверки обоснованности автоматических мыслей

Поскольку анализ и коррекция автоматических мыслей являются одной из основных проблем, с которой работает психотерапевт когнитивного направления, то разработано большое количество психотехник, которые используют для проверки обоснованности автоматических мыслей.

Рассмотрим несколько психотехник проверки обоснованности автоматических мыслей [6].

1. *Проверка обоснованности автоматической мысли следствиями из нее.* В качестве примера А. Бек приводит случай экзаменационного стресса.

- К. (*клиент*). Если я провалюсь — это катастрофа.
- П. (*психотерапевт*). А что произойдет, если Вы провалитесь? Умрут Ваши родственники, от Вас уйдет жена?
- К. Нет, просто я буду себя плохо чувствовать!
- П. Представьте, что будет, если Вы получите “2”.
- К. Я буду себя плохо чувствовать.
- П. И как долго?
- К. Два дня.
- П. И из-за такой малости стоит это рассматривать как катастрофу?

Эта психотехника имеет и другое название — декатастрофизация, или техника “что, если”.

2. *Побуждение к проверке неадаптивной мысли в реальном действии*. Например, клиента, страдающего депрессией, преследует мысль: “Я ни к чему не способен”. Такого клиента побуждают к маленьким, но реальным успешным действиям. В дальнейшем он выполняет все более трудные задания.

3. *Сравнение с другими*. А. Бек приводит следующий пример.

- К. Жизнь бесполезна, так как я ничего не достиг в профессии и ничего из себя не представляю.
- П. Многие люди не достигают высот в профессии и, тем не менее, счастливы.

4. *Метод выявления логических несоответствий в системе убеждений клиента*. А. Бек приводит в качестве примера работу с женщиной, имеющей суицидальные мысли из-за измен мужа.

- П. Почему Вы хотите покончить с собой?
- К. Без мужа я — ничто... Без мужа мне не будет счастья... Но я не могу спасти наш брак.
- П. Какими были Ваши брачные отношения?
- К. Несчастливыми с самого начала... Муж мне вечно изменял. Я почти не видела его последние 5 лет.
- П. Вы говорите, что не будете счастливы без мужа... Ощущаете ли Вы счастье, находясь с ним?
- К. Нет, у нас все время стычки, и я чувствую себя все хуже и хуже.
- П. Вы говорите, что без мужа Вы — ничто. Вы были этим “ничто” до встречи с мужем?
- К. Нет, мне казалось, что я что-то из себя представляю.
- П. Если Вы представляли что-то из себя до знакомства с мужем, почему Вам сейчас для этого необходим он?

К. (озадаченно) Гм-м...

П. Были ли у Вас приятели до встречи с мужем?

К. Я пользовалась тогда довольно большой популярностью.

П. Почему Вы считаете, что не будете пользоваться популярностью теперь?

К. Потому что не смогу привлечь другого мужчину.

П. Проявляли ли мужчины интерес к Вам после замужества?

К. Многие мужчины приставали ко мне, но я их игнорировала.

П. Если Вы будете свободны, сможете ли Вы их заинтересовать?

К. Не знаю... Думаю, что смогу.

П. Вы говорите, что не можете вынести мысль о разводе. Правда ли, что Вы не видели мужа последние 5 лет?

К. Да, я видела его лишь пару раз в году.

П. А не попадет ли Вам мужчина более верный, чем муж?

К. Думаю, что это возможно.

П. Есть ли какие-либо шансы, что Вы снова сойдетесь с мужем?

К. Нет... У него другая женщина, я ему не нужна.

П. Тогда, что Вы реально теряете, разорвав брак?

К. Не знаю.

П. ...Если Ваш брак был не настоящим, что Вы реально теряете, разорвав его?

К. (после длительной паузы) Думаю, что ничего.

Таким образом, А. Бек показал, как в результате применения метода выявления логических несоответствий в системе убеждений клиента неадаптивные мысли сменяются адаптивными.

5. *Метод катарсиса.* Если у клиента печаль и неприятие себя как личности, психотерапевт побуждает его к эмоциональному выражению своего состояния и даже к плачу. Когда клиент плачет, он начинает жалеть себя. Происходит смена неадаптивной мысли отрицания себя на симпатию к себе.

6. *Метод идентификации.* Психотерапевт рассказывает клиенту о другом человеке с подобными проблемами. Клиент идентифицирует себя с героем рассказа, жалеет его, а следовательно, и себя. Поэтому возникает смена когнитивных установок.

7. *Метод отвлечения* — *вовлечение в интересную деятельность или общение.* Этот метод используют для снижения сильных эмоций и негативного мышления. Он предполагает физическую активность, социальные контакты, игры и т. п.

8. *Метод записывания событий дня.* Например, женщина жалуется на поведение сына.

К. Сын меня не слушается.

П. Ставьте знак “+” в листе наблюдений всякий раз, когда сын послушался Вас, и знак “-”, когда не послушался.

Если клиент жалуется: “Ко мне все люди настроены агрессивно”, то психотерапевт дает такой же совет: отмечать “+” или “-” каждое взаимодействие с людьми.

9. *Имагинальная психотехника.* Она заключается в том, что психотерапевт побуждает клиента представить свои действия, которые он затрудняется совершить.

К. Я не смогу этого сделать.

П. Вообразите и попробуйте.

10. *Метод разыгрывания ролей.* Например, психотерапевт играет роль жестокого критика. Депрессивный клиент передает ему собственную позицию жестокого самокритика. Психотерапевт критикует клиента его словами. Клиент начинает осознавать перегибы собственной критики.

11. *Метод трех колонок.* В первой колонке описывается ситуация, во второй — неадаптивные мысли, в третьей — коррективные. Это метод исследования неадаптивных мыслей и систематизации, формирования адаптивных мыслей.

12. *Реатрибуция.* В этой психотехнике психотерапевт поощряет клиента к формулированию и проверке других объяснений причин событий. Особенно эффективна эта психотехника тогда, когда клиент во всем винит себя. Психотехника реатрибуции поощряет к проверке реальности и поиска адекватного приписывания (атрибуции) ответственности путем проверки всех фактов, воздействующих на ситуацию.

13. *Переопределение.* Этот метод позволяет более адаптивным способом определить проблему: “Никто мне не уделяет внимания”. Это можно переформулировать: “Я нуждаюсь в том, чтобы другие протянули мне руки и заботились обо мне”.

14. *Децентрация.* Эту психотехнику используют для помощи тревожным клиентам, которые ошибочно убеждены, что находятся в центре чьего-либо внимания. У тревожных клиентов спрашивают: “Как другие люди могут читать Ваши мысли?” Клиент поощряется к проверке этой мысли. Например, один студент очень стеснялся отвечать в аудитории, так как был убежден, что однокурсники смотрели

на него и подсмеивались. Во время психотерапии ему было дано задание наблюдать за однокурсниками вместо того, чтобы фокусироваться на своих эмоциях. В результате он пришел к другим мыслям.

В когнитивной психотерапии любые психопатологические расстройства сводятся к базовым неадаптивным мыслям (образам) — мишеням. Например, работая с клиентом, у которого была депрессия, А. Бек выделил такие базовые мишени.

1. Мишень “астения”. Психотерапевтическое мероприятие — поощрение к действию.
2. Мишень “отчаяние и суицид”.
3. Мишень “самокритичность”. Допустим, я совершу такие же ошибки, станете ли Вы меня за это презирать?
4. Мишень “отсутствие удовольствия и удовлетворенности”.

Клиентам рекомендуется также вести дневник событий дня, в котором они должны оценивать события знаками “+” и “-”.

А. Бек отмечает, что когнитивный подход наиболее эффективен для лечения клиентов, способных к самоанализу и рассуждениям о своих мыслях и фантазиях. Этот вид психотерапии рассчитан на “психологического” клиента, т. е. психически утонченного, способного к рефлексии и желающего ею заниматься. Когнитивная психотерапия может быть показана тогда, когда клиент берет на себя ответственность за опознание связей эмоций и за изменение мыслей [6].

Вопросы для самоконтроля

1. Кто сформулировал основные положения когнитивной психотерапии?
2. Промежуточная переменная между стимулом и реакцией в когнитивной психотерапии.
3. Что означает термин “неадаптивные мысли” в когнитивной психотерапии?
4. Основные психотехники когнитивной психотерапии.
5. Показания к когнитивной психотерапии и ограничения в ее применении.

Психотерапия реальностью

16.1. Сущность и основные положения психотерапии реальностью

Психотерапия реальностью — психотерапевтический подход, который в 60-х годах XX в. развил **Уильям Глассер** (р. 1926). Этот вид психотерапии первоначально предназначался для психокоррекционной работы с молодыми правонарушительницами. У. Глассер, работая в школе для девушек с отклонениями в поведении, разработал собственную концепцию, основным назначением которой было обучение ответственному и реалистичному поведению в контексте реальности. В дальнейшем эту концепцию начали использовать более широко и свели к активизации у клиента “чувства реальности”, а также к помощи в преодолении разрыва между его планами и их осуществлением в реальной жизни [3].

Психотерапия реальностью У. Глассера исходит из обусловливания поведения человека собственными решениями, а также из некоторых позиций психодинамического подхода, поскольку автор этой концепции начинал свою практику как психоаналитик. У. Глассер полагает, что человек — самодетерминирующееся (самообусловливающееся) существо, обладающее следующими основными психологическими потребностями:

- в принадлежности и укорененности;
- свободе;
- чувстве достоинства.

Человек является субъектом (хозяином) собственной жизни, субъектом мира, который создает для себя.

При использовании этого подхода психотерапевт отказывается от многих понятий, так или иначе объясняющих расхождение между планами индивида, касающимися его будущих поступков, и их реализацией. Это такие понятия, как “неосознаваемые мотивы”, “защитные механизмы”. У. Глассер считает, что не эти механизмы ослабляют чувство реальности, а наоборот, ослабление чувства приво-

дит к возникновению указанных психических явлений. Результатом ослабления у индивида чувства реальности является прежде всего понижение у него чувства ответственности перед собой за результаты своих действий. Индивид ощущает себя не причиной того, что с ним происходит, а лишь “игрушкой в руках судьбы”, вследствие чего нарушается отношение к будущему, планированию своих действий.

В этой связи У. Глассер в своей психотерапевтической деятельности исходил из следующих положений:

1. Личность сама выбирает свою позицию — жертвы или деятеля.
2. Личность сама выбирает желаемый мир и желаемое поведение, осуществляя постоянный контроль над ними.
3. Психотерапия не должна использовать медицинскую модель терапии и медицинскую терминологию.
4. Позитивная личностная направленность — условие личностного здоровья.

Кроме акцента на личностной ответственности психотерапевты, работающие в этом направлении, не абсолютизируют значимость прошлого, заявляя о ненужности использования перенесения (трансфера), в частности о ненужности для психотерапевта разыгрывания роли отца или матери в процессе психотерапии [3].

16.2. Психотерапевтический процесс и цели психотерапии реальностью

Главная цель психотерапии реальностью — помочь клиенту стать рассудительным и эмоционально устойчивым, а также достичь личностной независимости, повышения уровня самосознания и разработки плана личностного совершенствования.

Позиция психотерапевта в реальностном психотерапевтическом процессе должна быть близкой к учительской. Психотерапевт должен обладать профессиональными качествами — сензитивностью (чувствительностью), эмпатичностью (умением сопереживать), требовательностью к себе и клиенту.

Психотерапия реальностью исходит из того, что начальное поведение клиента неадекватно, нереалистично и безответственно. Именно поведение становится предметом внимания, анализа и кор-

рекции. При этом клиент берет на себя определенные обязательства в работе с психологом, а также принимает ответственность за свое поведение.

Представители психотерапии реальностью, не применяя психотехнику в привычном ее понимании, используют последовательную реализацию семи этапов (шагов) совместной работы с клиентом, которые в совокупности обеспечивают достижение как психотерапевтических, так и педагогических целей.

Перечислим эти шаги.

1. Установить отношения с клиентом: принять, подружиться, выслушать и проявить искреннюю заботу.
2. Забыть о прошлом клиента и основное внимание уделить его текущему поведению.
3. Поощрять клиента к оцениванию его поведения. Важный момент здесь — помочь выяснить, помогает или мешает клиенту то, что он делает.
4. Помочь в поиске альтернативных способов действий и разработке плана. План должен быть прост, ясен и конкретен (что, когда, где, как).
5. Взять обязательство о выполнении плана. При этом план должен быть реалистичным, т. е. выполнимым.
6. Не принимать извинений.
7. Быть жестким, но отказываться от применения наказаний.

И главное, ни в коем случае не отказываться от работы с клиентом.

Описанные этапы представляют собой способ реализации основных целей психотерапии реальностью: развития ответственности, самоконтроля и позитивного поведения.

Психотерапия реальностью предназначена прежде всего для работы с трудными подростками. Кроме того, ее применяют в работе с заключенными. Такая психотерапия наиболее показана в социальной реадaptации личности (т. е. при восстановлении утраченных позиций в социальной среде), в частности несовершеннолетних правонарушителей. Заметим, что широко известные в практике отечественной педагогики и психологии методы А. Макаренко могли бы составить здоровую конкуренцию методу У. Глассера.

В последнее время концепция психотерапии реальностью все более привлекает внимание прежде всего тогда, когда требуется краткосрочное психологическое вмешательство. При этом сфера

приложения такой психотерапии широка: от суицидологических центров и военных госпиталей до школ, семейного консультирования, подготовки менеджеров и различных центров психологической помощи [3].

Вопросы для самоконтроля

1. История возникновения психотерапии реальностью.
2. Основные положения психотерапии реальностью.
3. Этапы (шаги) психотерапии реальностью.
4. Сравните психотерапию реальностью У. Глассера с педагогической концепцией А. Макаренко.

Новейшие течения в психотерапии

17.1. Аверсивная терапия и символическая экономия

Практика использования методов **аверсивной** (от лат. *aversio* — отвращение) **терапии** восходит к деятельности В. Бехтерева, вырабатывавшего отвращение к алкоголю у больных алкоголизмом с помощью гипноза либо путем введения специальных лекарственных средств.

Аверсивные методики лежат в основе практического применения экспериментальных теорий научения, в частности бихевиористских и необихевиористских. При этом различают методики, основанные на моделях И. Павлова (классическое обусловливание) и Б. Скиннера (оперантное обусловливание).

В методиках, основанных на классическом обусловливании, сочетаются привлекательные стимулы (например, алкоголь или еда) с болезненным, неприятным стимулом, вызывающим отвращение (аверсивным): инъекцией апоморфина, приводящей к рвоте, электрическим разрядом, вызывающим сильную боль, и др. Безусловно, подобные методики подвергаются критике как неэтичные и негуманные. Однако в отдельных случаях признается возможность и необходимость применения их по жизненным показаниям, например при тяжелых психопатологиях [16].

В отечественной психотерапии в последнее время обрело популярность так называемое *кодирование* — вариант аверсивной терапии А. Довженко.

Методики, использующие оперантную модель Б. Скиннера, основаны на принципе успешного решения задачи, избавляющего пациента от неприятного стимула, например от электрического разряда. Так, при лечении треморной формы писчего спазма пациент осваивает задачу попадания металлической палочкой в ряд отверстий все уменьшающегося диаметра. Наличие тремора ведет к попаданию

в края отверстий и замыканию электрической цепи; пациент при этом получает удар электрическим током. Точное попадание в эти отверстия избавляет его от электрического разряда. При спастической форме писчего спазма пациент пользуется специальной авторучкой, излишнее давление на которую также приводит к замыканию электрической цепи и, следовательно, к наказанию. В процессе тренировок пациент обучается расслаблять нужные группы мышц.

При соответствующей технической изобретательности практически для каждого симптома можно создать методику, основанную на принципе решения задачи, т. е. предупреждения аверсивного стимула. Приведем в качестве примера терапию больной, страдающей истерическим параличом ног и потерей чувствительности в ногах [16]. На пальцы ног и два пальца руки больной помещались электроды: на пальцы руки — электроды, через которые больная могла получать болезненный электрический разряд, а на пальцы ног — электроды, посредством которых осуществлялась слабая электростимуляция, улавливаемая при сохраняемой чувствительности и не носящая болезненного характера. Больной давалась инструкция: если от электродов на ногах у Вас появятся какие-то ощущения, нажмите на выключатель, иначе через 5 секунд последует сильный болезненный электрический разряд в пальцы руки. Больная должна была решить задачу по различению слабого стимула, непроизвольно снижая порог болевой чувствительности. Во время первой процедуры у больной не отмечалось никаких реакций избегания, и она получила несколько болезненных электрических ударов. Во время второй процедуры после первого электрического разряда появились выраженные вегетативные реакции и даже рвота. Во время третьей процедуры больная два раза подряд нажала на кнопку выключателя, вовремя предупреждая подачу болезненного электрического разряда, и отметила при этом, что у нее появилась чувствительность в ногах. Одновременно у нее возникли произвольные движения в ногах, и пациентка смогла самостоятельно пойти в палату. В последующем не отмечалось рецидива симптоматики, и через несколько дней она была выписана [16].

Аверсивную терапию используют, как правило, при лечении алкоголизма, никотиновой зависимости и некоторых других заболеваний.

Одной из психотехник, которые используют в настоящее время в рамках теории необихевиоризма, является также техника симво-

лической экономии Б. Скиннера (о ней уже частично упоминалось). Психотехника, предложенная Б. Скиннером для “модификации поведения” заключенных, состоит в том, что право на получение разных льгот реализуется путем предъявления жетонов, которые изымаются при нарушении режима (количество изымаемых жетонов пропорционально тяжести нарушения). Считается, что эта техника, построенная на принципах оперантного обусловливания, жесткая и манипулятивная, поэтому чаще всего ее применяют тогда, когда не работают более гуманные и приемлемые способы коррекции. Однако некоторые современные американские психологи считают возможным использование “символической экономии” и в обычной общеобразовательной школе.

В качестве частных приемов коррекции отклоняющегося поведения у детей, основанных на отрицательном подкреплении, используют следующие.

Тайм-аут — удаление из класса (из группы), в результате чего ребенок с отклоняющимся поведением лишается возможности получать положительные подкрепления, связанные с групповой деятельностью. Считается, что прием удаления эффективен в коррекции агрессивного, деструктивного поведения. Заметим, что в отечественной практике и педагогической психологии этот прием считается неприемлемым, поскольку удаленный из класса ребенок с деструктивным поведением оказывается бесконтрольным, предоставленным самому себе и может усугубить свою деструктивную деятельность.

Гиперкоррекция — эффективный прием для коррекции поведения детей (или даже взрослых), нарушающих институциональные нормы. Сущность его заключается в том, чтобы индивид вначале немедленно восстановил разрушенный им порядок вещей, принес извинения в связи со своим неподобающим поведением, а затем принял на себя дополнительные обязанности по сохранению среды обитания.

Штраф. Не нуждается в комментарии, за исключением того, что следует точно оговорить иерархию нарушений и размер соответствующего штрафа [3].

17.2. Мультимодальная терапия и метод Ф. Шапиро

Мультимодальная терапия возникла в конце 70 — начале 80-х годов XX в. как своеобразная реакция на обвинения психотерапевтов, работающих в рамках поведенческой психологии, в том, что они игнорируют личность и уделяют слишком большое внимание поведению. Возглавил это направление А. Лазарус, а его последователями стали А. Бандура, Л. Брунелл, Т. Нейланс, Т. Робертс и др. А. Лазарус исходил из того, что любое психическое расстройство охватывает все важнейшие сферы человеческой психики (поведение, мышление, эмоции), а также затрагивает соматическую сферу и вызывает определенные нарушения. Взаимосвязь нарушений обуславливает сопротивляемость каждого из них относительно психотерапевтического воздействия. В соответствии с этим успешной может быть лишь система воздействий, направленных на нарушения, возникающие в различных сферах психики.

А. Лазарус предложил метод **BASIC-ID**. Слово “BASIC-ID” — акроним, т. е. оно состоит из начальных букв названий процессов и состояний, которые необходимо исследовать: поведение (**B** — *behavior*), эмоции (**A** — *affect*), ощущения (**S** — *sensibility*), представления (**I** — *images*), когниции (**C** — *cognitions*), взаимоотношения с другими людьми (**I** — *interrelations*), медикаментозная и другие зависимости (**D** — *drugs*).

Как правило, результатом диагностического обследования являются отдельные выводы и психотерапевтические мероприятия, направленные на коррекцию нарушений в каждой из перечисленных сфер.

Положительный опыт мультимодальной психотерапии личности отмечается при лечении сексуальных нарушений, депрессивных состояний, фобий, психосоматических расстройств, нарушений поведения у детей. В то же время мультимодальная психотерапия противопоказана, если слишком интенсивное обследование приводит к перегрузке пациента, а также если требуется узкоспециализированное воздействие [16].

В пределах этого новейшего направления, включающего также когнитивно-ориентированные техники (моделирования, формирования), получили развитие программы саморегуляции, “когнитивного переструктурирования”, “когнитивной модификации поведения”.

Когнитивная модификация поведения предполагает три этапа: самонаблюдение, самооценивание и самоподкрепление. В последнее время эти течения находят все больше сторонников среди отечественных психотерапевтов [3].

Одно из новейших достижений поведенческой психотерапии — проработка посттравматического синдрома с помощью билатеральных саккадических движений глаз. Разработанный в 1987 г. Ф. Шапиро метод снятия посттравматического синдрома путем отслеживающих и саккадических движений глаз хорошо зарекомендовал себя применительно к работе с ветеранами войны во Вьетнаме, жертвами насилия и т. п. Метод десенсибилизации с помощью движений глаз проходит апробацию во многих клиниках США.

Таким образом, возникновение новейших психотерапевтических методов в рамках поведенческой терапии свидетельствует о неисчерпанных ее возможностях [3].

17.3. Трансперсональная психотерапия С. Грофа

Термины “трансперсональная психология” и “трансперсональная психотерапия” предложил в 60-х годах XX в. **Станислав Гроф**. Ученый полагал, что структура бессознательного в психоаналитическом понимании не исчерпывается только биографическим уровнем (определенными событиями жизни человека), который использовал З. Фрейд, а включает также перинатальный уровень (историю рождения человека) и собственно трансперсональный уровень, содержание которого определяется всей человеческой культурой, историей и даже процессами и закономерностями неживой природы.

Трансперсональная психотерапия базируется на эмпирическом опыте нетрадиционных и эзотерических учений, акцентирующих внимание на так называемых феноменах измененного состояния сознания (таких как “мистический опыт”, “космическое сознание”, “экстаз”, медитативные состояния), а также на теоретических представлениях, традиционных для западноевропейской психотерапии психоаналитической ориентации.

Трансперсональная психотерапия основывается на представлении о возможности использования глубинного потенциала трансперсонального уровня психики для личностного роста и оздоровле-

ния за счет реализации неудовлетворенных и нереализованных “запретных” желаний человека, преодоления негативных последствий перинатального периода жизни, психотравмирующих событий, освобождения глубинных потенциалов.

Практически все варианты трансперсональной терапии предполагают следующие основные этапы.

1. Обсуждение с клиентом трансперсональных феноменов и их значимости в жизни конкретного человека с целью обесценивания его проблем, снижения остроты актуальных переживаний, достижения другого способа понимания ситуации путем переключения фокуса внимания на высшие, духовные категории.
2. Использование различных технических приемов, обеспечивающих возникновение измененных состояний сознания, с целью переживания специфических, “трансперсональных” феноменов.
3. Осознание проблем на основе трансперсонального опыта, полученного на первых двух этапах трансперсональной психотерапии, и выбор новых образцов поведения. Этот этап трансперсональной психотерапии реализуется в процессе общения с психотерапевтом или во взаимодействиях группы клиентов, одновременно проходящих трансперсональную психотерапию.

Разрешение проблем через осознание в трансперсональной терапии существенно отличается от процесса осознания в динамической психотерапии. Понятию “осознание” здесь соответствует понятие “открытие”, где имеется в виду открытие клиенту сути и смысла его предназначения, обсуждение имеющихся проблем на более высоком уровне, чем обычная аналитическая интерпретация.

Следует также отметить, что С. Гроф применял такие технические приемы изменения сознания, как ЛСД-терапия, а после запрета на эксперименты с ЛСД и его аналогами использовал так называемую голотропную терапию — особые дыхательные приемы, вызывающие изменение сознания.

Трансперсональный психотерапевтический подход до середины 80-х годов XX в. сравнительно мало был знаком специалистам в области психотерапии и культивировался узким кругом психотерапевтов при явном неодобрении официальной науки. Трансперсональные явления расценивались большинством психологов и психиатров либо как психопатологические расстройства, либо как специфиче-

ские явления духовной практики в рамках эзотерических религиозных учений (например, в буддизме, даосизме), не имеющих отношения к медицине.

В отечественной психотерапии опыт использования трансперсональной психотерапии невелик и основывается преимущественно на применении голотропной психотерапии с конца 80-х годов XX в. Кроме того, А. Гриненко и М. Крупницкий создали метод аффективной контратрибуции, применяющийся в комплексном лечении алкоголизма. Этот метод основывается на способности химического препарата кетамина вызывать сильные психоделические (галлюцинаторные) переживания как личностно окрашенные, так и глобального (трансперсонального) характера. Такие переживания обуславливают впоследствии особое катарсическое чувство разрешения личностных проблем, а также психологическое неприятие алкогольного образа жизни, твердую установку на трезвость [16].

17.4. Новейшие психотехники

В настоящее время психотерапия, реагируя на социальный запрос, развивается бурно: возникают все новые и новые направления, создаются новые психотехники. Среди новейших психотерапевтических техник выделяют **эмоциональный тренинг поведения**, или **тренинг адекватного самовыражения**, и **погружение**.

Сущность тренинга адекватного самовыражения состоит в обучении клиента адекватному поведению и состоянию уверенности в себе в различных ситуациях общения: в семье, на работе, среди друзей. Внимание психотерапевта привлекают, как правило, те ситуации общения или межличностные отношения, когда клиент чувствует себя обиженным, виноватым, находится в состоянии раздражительности, агрессии или же, наоборот, ведет себя гипертрофированно вежливо. Эта психотехника реализуется посредством ролевой игры, в которой детально анализируются поведение, затем чувства, которые оно вызывает, и, наконец, обсуждаются чувства по поводу вызванных чувств. На основе такого подробного анализа вырабатывается новая, идеальная форма поведения. Наиболее распространенный прием этой психотехники — обучение ролевым конструкциям типа “Я чувствую...”, а также навыкам открытого высказывания желаемого вместо постановки вопросов. Например, вместо того что-

бы задавать вопросы типа “Сколько я буду собирать по квартире ваши носки?”, клиентка учится формулировать такие высказывания: “Мне не нравится, когда...” или “Я хотела бы...”

Сущность психотехники погружения заключается в том, что клиент, испытавший переживания страха и тревоги, связанные с определенной ситуацией, с помощью воображения погружается в ситуацию опасности, в то время как психотерапевт стремится поддерживать с помощью обратной связи соответствующие переживания. Примерно через 20–40 минут включается защитное торможение. Во время сеанса подробно прорабатываются все детали психотравмирующей ситуации. Допускается также использовать психотехнику NLP.

Вопросы для самоконтроля

1. В чем сущность аверсивной психотерапии?
2. Опишите психотехнику символической экономии Б. Скиннера.
3. В чем заключается прием “гиперкоррекции”?
4. Назовите основные этапы трансперсональной психотерапии.
5. Какие новейшие психотерапевтические техники Вы знаете?

Список использованной и рекомендуемой литературы

1. *Адлер А.* Практика и теория индивидуальной психологии. — М.: Прогресс, 1995.
2. *Берн Э.* Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры. — М.: Прогресс, 1988.
3. *Бондаренко А. Ф.* Психологическая помощь: теория и практика. — К.: Укртехпресс, 1997.
4. *Бондаренко О. Ф.* Психологічна допомога особистості: Навч. посіб. — Харків: ФОЛЮ, 1996.
5. *Братусь Б. С.* Опыт обоснования гуманистической психологии // *Вопр. психологии.* — 1990.
6. *Бурлачук Л. Ф., Гرابская И. А., Кочарян А. С.* Основы психотерапии: Учеб. пособие. — К.: Ника-центр; М.: Алетейа, 1999.
7. *Введение в психотерапию / Под ред. С. Блоха.* — Амстердам; К.: Сфера, 1997.
8. *Дьяченко М. И., Кандыбович Л. А.* Краткий психологический словарь: личность, образование, самообразование, профессия. — Минск: Хэлтон, 1998.
9. *Калина Н. Ф.* Основы психотерапии. — М.: Рефл-бук; К.: Ваклер, 1997.

10. Кондрашенко В. Т., Донской Д. И. Общая психотерапия. — Минск: Вышэйш. шк., 1997.
11. Наэм Дж. Психология и психиатрия в США. — М., 1981.
12. Папуш М. П. Работа с субличностями в гештальттерапии // Моск. психотерапевт. журн. — 1994. — № 3.
13. Перлз Ф. Внутри и вне помойного ведра. — СПб., 1995.
14. Перлз Ф. Гештальт — подход и свидетель терапии. — М., 1996.
15. Психоанализ и культура // Избр. тр. К. Хорни и Э. Фромма. — М.: Юрист, 1995.
16. Психотерапевтическая энциклопедия / Под общ. ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб.: Питер Ком, 1999.
17. Робин Ж.-М. Фигуры гештальта // Моск. психотерапевт. журн. — 1994. — № 3.
18. Роджерс К. Взгляд на психотерпию. Становление человека. — М.: Прогресс, 1994.
19. Роджерс К. Эмпатия // Психология эмоций. Тексты. — М.: Изд-во МГУ, 1984.
20. Уотсон Дж. Бихевиоризм // Хрестоматия по истории психологии / Под ред. П. Я. Гальперина, Д. Н. Ждана. — М.: Изд-во МГУ, 1980.
21. Уотсон Дж. Психология с точки зрения бихевиориста // Хрестоматия по истории психологии / Под ред. П. Я. Гальперина, Д. Н. Ждана. — М.: Изд-во МГУ, 1980.
22. Урсано Р., Зонненберг С., Лазар С. Психодинамическая психотерапия. — М., 1992.
23. Франкл В. Поиск смысла жизни и логотерапия. — М., 1990.
24. Франкл В. Человек в поисках смысла. — М.: Прогресс, 1990.
25. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. — М.: Наука, 1991.
26. Фрейд З. Толкование сновидений. — К.: Здоровья, 1991.
27. Фромм Э. Душа человека. — М.: Республика, 1992.
28. Фромм Э. Психоанализ и этика. — М.: Республика, 1994.
29. Хломов Д. Н. Гештальттерапия как практическая философия // Моск. психотерапевт. журн. — 1994. — № 3.
30. Энрайт Д. Гештальт, ведущий к просветлению. — СПб., 1994.
31. Юнг К. Г. Проблемы души нашего времени. — М.: Прогресс, Универс, 1994.
32. Ярошевский М. Г. История психологии. — М.: Мысль, 1976.
33. Ярошевский М. Г. Психология в XX столетии. Теоретические проблемы развития психологической науки. — М.: Политиздат, 1974.

Часть II

Суггестивная психотерапия

Глава 18

Гипноз

18.1. История развития учения о гипнозе и внушении

Гипноз (от греч. ύπνος — сон) — временное состояние сознания, близкое ко сну, при котором сохраняется возможность контакта с гипнотизером и выполнения его заданий. В основе гипноза лежат сужение объема сознания, ослабление активности одних его функций при сохранении полного функционирования других. В состоянии гипноза повышается внушаемость, возникают реакции, несвойственные при обычном состоянии сознания: загипнотизированный без возражений выполняет задания гипнотизера, воспроизводит забытые впечатления, меняет мотивацию поведения, настроение и т. д.

В глубоком гипнозе человек не чувствует боли от уколов и ожогов. После выхода из глубокого гипноза человек не помнит, что с ним происходило. Гипноз применяется в психотерапии для лечения хронического алкоголизма, наркомании, курения, а также для обезболивания в хирургии, акушерстве, стоматологии. Применение техники гипноза позволяет экспериментально изучать поведение при различных уровнях функционирования субъекта [10].

Анализируя исторический аспект развития учения о гипнозе, исследователь В. Рожнов [27] отмечает, что ознакомление с явлением гипноза, который был известен людям с незапамятных времен, предопределило и тот факт, что исторически из всех методов психического лечения первым возникла гипнотерапия. Слово “гипноз” появилось сравнительно недавно, в середине XIX в., но состояния,

которые оно обозначает, наблюдались еще у истоков человеческой цивилизации [7].

С разными стадиями гипнотических состояний, безусловно, имел дело и австрийский врач Ф. Месмер, создатель учения о “животном магнетизме”. Согласно его мистической теории, мир пронизан особой жидкостью — магнетическим флюидом (от лат. *fluidus* — текучий), обладающим целебной силой. Накапливаясь как в резервуарах у особо одаренных для его восприятия личностей, магнетический флюид, по воззрениям Ф. Месмера, может передаваться больным через прикосновения и излечивать их. Ф. Месмер излечивал больных неврозом силой внушения и самовнушения в состоянии бодрствования, а чаще всего в гипнозе.

Предшественником научной гипнологии можно считать также португальского аббата Фариа, заслуги которого необоснованно забыты, хотя именно он в 1813 г. ввел метод словесного погружения в гипноз.

С конца 70-х годов XIX в. известный французский невропатолог **Ж. Шарко** (1825–1893) изучал явления гипноза на больных, страдающих истерией. Гипнотическое состояние у больных вызывается путем однообразных, монотонных или внезапных и резких раздражителей, действующих на органы слуха и зрения. В полной темноте в глаза исследуемым светят яркими вспышками света или воздействуют на их слух монотонным звучанием гонга. Больные впадают в различные стадии гипноза. Ж. Шарко называет их стадиями катаlepsии, летаргии и сомнамбулизма.

Сальпетриерская, или парижская, школа Ж. Шарко сделала много для клинического ознакомления с гипнозом, с его стадиями. Ж. Шарко глубоко изучал применение физиологических методов исследования — запись движения мышц, регистрацию пульса и дыхания у лиц с сомнамбулизмом. Все это подняло гипнологию на новую ступень и поэтому не без основания 70-е и 80-е годы XIX в. вошли в историю психотерапии как “золотой век гипноза”.

Глава нансийской школы **И. Бернгейм** (1840–1919) высказывал мысль о том, что происхождение гипнотических стадий, которые наблюдал Ж. Шарко, связано исключительно с внушением, исходящим от гипнотизирующего, а не с патологической, исторической природой гипноза. И. Бернгейм понимал возникновение гипноза как результат того, что один человек (гипнотик) поддается внушающему влиянию другого (гипнотизера), не обнаруживая при этом выражен-

ной критики к получаемому внушению. Широко известно выражение нансийцев: “Гипноза нет, есть только внушение” [31].

Заметный след в науке о гипнозе (гипнологии) оставил знаменитый немецкий физиолог **Р. Гейденгайн** (1834–1897). Согласно его исследованиям, гипноз — это сон разума, во время которого подавлено сознание. Такой сон возникает вследствие утомления корковых клеток монотонными раздражителями (звуковыми, зрительными, тактильными). В 1880 г. Р. Гейденгайн выпустил брошюру о гипнозе, а через год она уже появилась в переводе на русский язык под редакцией И. Павлова.

Из немецких исследователей XIX в. заслуживает внимания известный психиатр и сексолог **К. Эбине**. В своей работе “Экспериментальное исследование в области гипнотизма” (1889) ученый подчеркивал лечебное значение гипноза и отмечал, что гипнотическое лечение становится общим достоянием врачей всех культурных народов.

В 1784 г. последователь Ф. Месмера **Ш. Пьюисегюр**, занимаясь магнетическими пассами, открыл наиболее глубокую стадию гипноза — искусственный сомнамбулизм. В 1843 г. вышла в свет работа **Дж. Брейда** “Нейрогипнология, или Трактат о нервном сне”, где нервный сон рассматривается относительно “животного магнетизма” и сопровождается многочисленными случаями его применения для облегчения и исцеления болезней. Это исследование ознаменовало окончание многовекового периода фантазий и вымыслов о гипнозе и начало эры научной гипнологии.

В 1866 г. доктор **А. Льебо** (1823–1904) издал книгу “Сон и подобные ему состояния, рассматриваемые прежде всего с точки зрения влияния разума на тело”, в которой полностью соглашается с Дж. Брейдом в его отрицании магнетизма и также считает гипноз разновидностью сна. Но он идет дальше и называет это состояние внушенным сном, чем закладывает основу взглядов, которые в дальнейшем известны как нансийская школа гипноза. На основании большого объема накопленного материала (7500 больных, из которых некоторые получили по несколько десятков сеансов лечебного гипноза) А. Льебо с уверенностью приходит к выводу о значительной терапевтической ценности гипноза. В 1868 г. профессор **А. Бони** подтвердил эти выводы в работе “Гипнотизм. Исследования физиологические и психологические”. Он изучал гипноз в экспериментально-лабораторных условиях.

Страстным защитником гипноза является крупнейший швейцарский психиатр и невропатолог **А. Форель** (1848–1931). В работе “Гипнотизм, или внушение и психиатрия” он подробно изложил проблемы гипноза в экспериментальном и лечебном планах и сделал вывод о том, что гипноз и сон представляют собой аналогичные состояния.

Вклад в практику гипнотерапии внес шведский психотерапевт **О. Веттерстранд**. Его работа “Гипнотизм и его применение в практической медицине” (переведена на русский язык в 1893 г.) в значительной степени способствовала активизации лечебного использования гипноза при различных нервных и соматических заболеваниях.

В России и Украине также разрабатывались вопросы теории и практического применения гипноза в лечебных целях. Н. Иванов [12] показал, что русские ученые весьма трезво подошли к учению о “животном магнетизме”, всколыхнувшем всю Европу. В. Рожнов [25] отмечал, что в работах отечественных ученых преобладали материалистические тенденции в подходе к явлениям гипноза.

Профессор физиологии Харьковского университета **В. Данилевский** (1852–1939) экспериментально изучал гипнотические явления у животных и обосновал единство природы гипноза у человека и животных [8].

А. Токарский (1859–1901), разрабатывая практические показания к применению гипноза в лечебных целях, исходил из того, что гипноз и внушение являются эффективными методами воздействия на функции нервной системы в целях ее укрепления и успокоения. А. Токарский разработал вопросы последовательного развития мотивированных внушений в гипнозе, системы психотерапевтического лечения алкоголиков и др.

Многочисленные последователи школы И. Павлова (физиологи и врачи Ю. Поворинский, И. Короткин, М. Суслов, М. Маренина, Н. Стрельчук, Е. Попов, В. Рожнов, М. Невский и др.) занимались экспериментальными и клиническими исследованиями гипноза для приложения закономерностей, полученных в опытах с животными, к человеку.

В. Протопопов — ученик В. Бехтерева — высказал гипотезу о том, что гипноз есть аналог реакции сосредоточения. С принципиальными возражениями В. Протопопову выступил **К. Платонов**. Исходя из положения, что гипноз и сон являются едиными по природе процессами, К. Платонов задался целью изучить в гипнозе состоя-

ние пульса, кровяного давления и дыхания для сопоставления полученных результатов с состоянием естественного сна. В результате он установил, что в гипнозе, как и в естественном сне, пульс и дыхание замедляются, кровяное давление падает, т. е. в гипнозе и в естественном сне физиологические сдвиги носят одинаковый характер [22].

18.2. Природа гипноза

Исследователи, изучающие природу гипноза, отмечают, что единой теории гипноза в настоящее время не выработано. Существуют лишь отдельные концепции, в той или иной степени обоснованные системы взглядов на механизм этого явления. Рассмотрим некоторые из них.

Нейродинамическая теория И. Павлова. Согласно И. Павлову, гипноз — это частичный сон. Он представляет собой промежуточное, переходное состояние между бодрствованием и сном, когда на фоне заторможенных с разной степенью интенсивности участков головного мозга бодрствует “сторожевой” пункт в коре больших полушарий, обеспечивающий возможность “рапорта” между гипнотизируемым и гипнотизером. Различают три фазы гипнотического состояния: уравнительную, парадоксальную и ультрапарадоксальную.

В уравнительной фазе сильное раздражение вызывает слабую реакцию, а слабое — сильную реакцию. В ультрапарадоксальной фазе реакцию можно получить посредством неадекватного стимула, т. е. такого, на который клетки головного мозга в состоянии бодрствования не реагируют. Например, обычный медный пятак при определенном внушении может вызвать ожог кожи. Парадоксальной фазой И. Павлов, а позже К. Платонов объяснили необыкновенную силу слова в состоянии гипноза, которое в бодрствующем состоянии является слабым раздражителем.

Отметим, что большинство отечественных гипнологов и в наши дни в понимании природы гипноза стоят на физиологических павловских позициях.

В последние десятилетия претерпели изменения многие понятия, касающиеся физиологической природы сна. И. Павлов рассматривал физиологический сон как различное корковое торможение. Он различал пассивный и активный сон, а процесс торможения считал активным. Последнее предположение ученого гениально, но оно

долгое время не находило развития в работах его учеников. Начало новых исследований, изменивших привычные представления о природе сна, положили работы австрийского ученого Бергера, а затем канадского исследователя Джаспера, которые в начале 30-х годов XX в. сумели записать электроэнцефалограммы (ЭЭГ) сна и бодрствования, которые существенно различались.

В 1949 г. американец Мегу и итальянец Моруцци, раздражая током ограниченную зону ретикулярной (сетевидной) формации, вызывали реакцию пробуждения, т. е. наблюдали активизирующее влияние ретикулярной формации на кору головного мозга.

Анатомически ретикулярная формация известна давно; она простирается по длине ствола мозга, соединяя спинной мозг с корой головного мозга. Функциональное же назначение этого образования долгое время оставалось неясным. Исследования, начавшиеся с опытов Мегуна и Моруцци, показали, что все аффективные и эффективные пути от анализаторов к соответствующим зонам коры (специфический поток импульсов) идут через ретикулярную формацию и отдают ей часть энергии. Возникает новый поток импульсов, но уже неспецифический. Воздействуя диффузно на всю кору, этот неспецифический поток импульсов имеет большое биологическое значение, так как при сигнале “неблагополучия” включает весь мозг, а не отдельный его участок. В дальнейшем выяснилось, что ретикулярная формация выполняет две осознанные функции: поддерживает бодрствование и вызывает сон (этим объясняются и результаты экспериментов Бремера).

Современные исследования показали, что в нижнем отделе гипоталамуса сетевидной субстанции находятся аппараты, активно организующие ЭЭГ сна (синхронизирующий аппарат Моруцци) и бодрствования (десинхронизирующий аппарат). Синхронизирующий и десинхронизирующий аппараты действуют периодически, ритмично, вызывая сон или бодрствование. Оказалось, что работа этих аппаратов, как и вся жизнедеятельность организма, связана с биологическими ритмами. Постепенно выяснилось, что и сон может различаться по структуре. Он также имеет определенную синхронность, ритмы, которые отражаются на ЭЭГ. Различают сон медленный и быстрый. Фаза быстрого сна (ФБС) занимает 25 % ночного сна, медленный сон (ФМС) сменяется быстрым — это и есть цикл сна. У здоровых людей за ночь проходит 4–6 завершенных циклов сна. Фаза быстрого сна качественно отличается от ФМС. Несмотря на то что

по картине ЭЭГ при ФБС сон более поверхностный, чем при ФМС, разбудить человека в состоянии быстрого сна труднее, чем в состоянии медленного. При ФБС отмечаются сновидения, снижение мышечного тонуса, увеличение движений глазных яблок, “вегетативная буря”, усиление гормональной активности.

Таким образом, по современным понятиям, сон — это активный процесс, тесно связанный с функцией коры головного мозга, но в еще большей степени — с функцией подкорки, ретикулярной формации. Поэтому полагать, что сон — это “разлитое корковое торможение”, это означает не учитывать всех механизмов его образования [14].

Перенесение физиологических теорий гипноза на человека представляет еще большие трудности при вмешательстве речи. Слово И. Павлов рассматривал как сигнал сигналов — стимул столь же материальный, как и любой физический стимул. Вместе с тем И. Павлов подчеркивал, что эти два рода стимулов нельзя отождествлять с количественной точки зрения из-за прошлого, пережитого человеком. Именно здесь, как справедливо отмечает Спегток, возникают затруднения, так как павловская школа не принимает во внимание бессознательных наслоений в аффективной жизни субъекта.

Психоаналитическая теория. З. Фрейд изложил свои взгляды на гипноз в работе “Психология масс и анализ личности” (1921). Согласно З. Фрейду, гипноз — это перенесение в сфере бессознательно на личность гипнотизера врожденных воспоминаний о племенном вожде, вытесненных отношений детей к родителям (например, сына к отцу). Этот феномен перенесения и создает, по мнению З. Фрейда, неодолимую власть гипнотизера над гипнотизируемым. Гипнотические взаимоотношения, по З. Фрейду, имеют эротическую основу. “Гипнотические отношения, — отмечает З. Фрейд, — заключаются в неограниченном любовном самопожертвовании, за исключением полового удовлетворения”. Ференци (1975) видел в гипнозе возрождение эдипова комплекса с его любовью и страхом. Отсюда два типа гипноза — “материнский”, основанный на любви, и “отцовский”, базирующийся на страхе.

Шильдер (1938) в основе гипноза также видел феномен перенесения. Согласно Шильдеру, пациент, приписывая гипнологу всемогущество, тем самым реализует собственные сексуально-инфантильные фантазии.

Штеварт (1969) утверждал, что гипнотическое состояние содержит не только вознаграждение инстинктивных потребностей, но и сложное уравнивание влечений и защитных тенденций, в которых значительную роль играют недоверие, враждебность. Автор допускает, что пациент в состоянии гипноза находится в амбивалентном положении относительно гипнотизера, которого он любит и ненавидит одновременно. Согласно Штеварту, гипнотическое состояние базируется на фикции: гипнотизер, если он хочет добиться гипнотического транса, должен делать вид, что он всемогущ. Но “бессознательное” пациента “знает”, что гипнотизер делает вид, и компенсирует эту ситуацию ощущением, что он сам принуждает гипнотизера к этой фикции и сам контролирует гипнотическую ситуацию.

З. Фрейд внушал, что гипнотизер поставлен на место идеала “Я” (“сверх-Я”) субъекта. В отличие от него Штеварт утверждал, что идеал “Я” поставлен на место гипнотизера, и это “сверх-Я” спроектировано и проконтролировано субъектом в соучастии с гипнотизером. Таким образом, субъект чувствует себя в большей мере освобожденным от власти собственного “сверх-Я” и может дать волю появлению до сих пор подавляемых воспоминаний.

Существует большое количество концепций, пытающихся объяснить природу гипноза. И. Бернгейм считал гипноз одной из форм выражения внушения и, по сути, отождествлял эти понятия. Ж. Шарко идентифицировал гипноз с истерическим неврозом, рассматривая и то, и другое как болезненное помрачение сознания. Орне (1959) полагал, что гипноз — это продукт искусственно созданной экспериментальной ситуации, которая влияет не только на пациента, но и на экспериментатора. Гипноз во многом можно рассматривать как “сумасшествие на двоих”: каждый вовлеченный в гипнотические отношения играет роль, которую другой от него ожидает. Пациент ведет себя так, как будто он не может сопротивляться внушению гипнотизера, а гипнотизер играет роль всемогущей личности [31].

В. Бехтерев рассматривал гипноз как искусственно вызванный сочетанием рефлекса тормозного характера и подавления активного сосредоточения [4]. Шертюк (1982) расценивает гипноз как “четвертое состояние организма” (наряду с состоянием бодрствования, сна и активностью сновидений) [31]. А. Свядощ (1982) полагает, что гипнотический сон — это состояние суженного сознания, вызванное

действием гипнотизера и характеризующееся повышенной внушаемостью [30].

В. Рожнов [25–27] понимает гипноз как особое психологическое состояние, возникающее под направленным психологическим воздействием и отличающееся как от сна, так и от бодрствования. По мнению В. Рожнова, гипноз — это психофизиологический феномен, при котором постоянно наличествующий синергизм сознательного и бессознательного приобретает известную трансформацию в том смысле, что их совместная деятельность диссоциируется и одновременно может быть как осознаваемой, так и неосознаваемой психической продукцией. Согласно В. Рожнову, “глубокий гипноз есть качественно определенное психофизиологическое состояние, возникающее как результат специфической перестройки работы мозга на особый режим. Отличительной чертой гипноза как состояния является строгая, не свойственная ни сну, ни бодрствованию изобретательность в усвоении информации ...” [25].

Многочисленность и разнообразие теоретических подходов к природе гипноза уже сами по себе свидетельствуют о сложности проблемы, еще далекой от разрешения.

Вопросы для самоконтроля

1. Как И. Павлов определяет состояние гипноза?
2. Фазы гипнотического состояния.
3. Сущность гипноза в психоаналитической теории З. Фрейда.
4. Что лежит в основе гипноза по Шильдеру?
5. Как рассматривает гипноз Ж. Шарко?
6. Подход к гипнозу у В. Рожнова.

Внушение

19.1. Сущность внушения

Под **внушением** понимают различные способы вербального и невербального, эмоционально окрашенного воздействия на человека с целью создания у него определенного состояния или побуждения к определенным действиям. Посредством внушения могут быть вызваны различные ощущения, представления, эмоциональные состояния, волевые побуждения, изменения соматовегетативных функций организма. Следует различать убеждение и внушение как психологические категории и гипноз как особое состояние высших отделов центральной нервной системы. Внушение отличается от убеждения прежде всего тем, что информация при нем воспринимается без должной критической обработки. По образному выражению В. Бехтерева, внушение, в отличие от убеждения, входит в сознание человека не с “парадного хода, а как бы с заднего крыльца, минуя сторожа — критику” [3].

А. Свядоц [30] считает, что внушение — это подача информации, воспринимаемой без критической оценки и соответствующим образом влияющей на нервно-психические процессы. В состоянии гипноза до минимума снижается верификация информации, и поэтому внушение приобретает особую “неодолимую” силу. Чем ниже верификация, тем выше внушаемость. Верификация информации бывает сниженной, а внушаемость повышенной при определенном состоянии сознания (просоночное состояние, гипноз), у истероидных психопатов, алкоголиков, наркоманов. Верификация информации обычно снижена у детей, солдат и спортсменов, привыкших к повиновению. Внушаемость заметно повышается при утомлении, в условиях неопределенности или в экстремальных условиях под угрозой опасности. Верификация информации резко снижается в толпе и при использовании средств массовой информации. Антиподом верификации информации является слепая вера. На внушении часто осно-

вано влияние родителей на детей, учителей — на учеников, начальника — на подчиненных, командира — на солдат, а также формирование общественного мнения [30].

Как метод психотерапевтического лечения внушение используется в состоянии естественного сна. В настоящее время сон рассматривается как результат активного функционирования синхронизирующих сомогенных систем головного мозга (Вейн, 1974). Доказано наличие в мозге (гипоталамусе) не только активных аппаратов, поддерживающих бодрствование, но и систем, участвующих в организации сна. За последние годы изменились и углубились представления о физиологических механизмах сна. Однако это не означает отрицания нейродинамической теории сна, основанной на трудах классиков отечественной физиологии А. Ухтомского, И. Павлова, Л. Орбели и др. Различают несколько стадий сна: переход от релаксации к дремоте; дремота; поверхностный сон; сон средней глубины; глубокий сон. В связи с различной глубиной сна могут возникать разные его фазы: уравнивательная, парадоксальная, ультрапарадоксальная, наркотическая.

Фазовые состояния во время сна обуславливают изобразительную чувствительность к определенным раздражителям, посредством которых возможно поддержание контакта с внешним миром. В результате образуются “сторожевые” пункты. Широко известны примеры наличия таких пунктов во время сна, описанные В. Сперанским (“сторожевые” животные), Л. Орбели (головноногий моллюск осьминог с выпущенной во время сна дежурной “сторожевой” ногой) и др.

В состоянии бодрствования сила возбуждения корковых клеток адекватна силе раздражителя. Для переходных (фазовых) состояний характерно изменение реактивности клеток на воздействие раздражителей: при уравнивательной фазе сильные и слабые раздражители вызывают равные по силе реакции; при парадоксальной фазе слабые раздражители вызывают сильную реакцию, а сильные — слабую или реакция отсутствует вообще.

При образовании “сторожевого” пункта важную роль играют *уравнивательная* и особенно *парадоксальная фазы*.

У спящего человека или животного “сторожевые” пункты образуются под воздействием раздражителей, несущих жизненно важную информацию, и возникающих переходных фаз сна. Внушение, осуществляемое одним лицом относительно другого, называется *гете-*

росуггестией, самовнушение называется *аутосуггестией*. Внушение, обусловленное каким-либо процессом, действием, называется *реальным*, а внушение, вызванное с помощью слов, — *вербальным*. Внушение, реализуемое непосредственно через слово, определяется как *прямое*. При *косвенном* внушении используется промежуточный раздражитель, с которым пациент и связывает полученный лечебный эффект. Часто косвенное внушение оказывается эффективнее прямого. Объясняется это тем, что при этом представления пациента, связанные с лечебным эффектом, встречают меньшее сопротивление. Внушение с лечебной целью может проводиться в бодрствующем состоянии, в состоянии гипноза, а также неглубокого естественного и наркотического сна.

Косвенное внушение. Поскольку слово имеет необычайную силу, косвенное внушение как средство внушения на психические и биологические возможности человека таит в себе богатые возможности.

Внушение в состоянии бодрствования. Эффективность внушения зависит от обстановки, в которой проводится лечение, от внешнего вида суггестера, его мастерства и артистизма. Чем выше авторитет суггестера, тем меньшую критическую оценку встречает его “формула” внушения. Многие исследователи отмечают, что страх, гнев, экстаз и другие эмоционально насыщенные состояния способствуют резкому повышению внушаемости и позволяют осуществлять массовое внушение. Внушение в бодрствующем состоянии показано при всех формах неврозов, особенно при истерическом, а также при алкоголизме, табакокурении и с целью коррекции девиантного (отклоняющегося от социально принятых норм) поведения. Особенно эффективен этот метод для лечения детей и лиц с повышенной внушаемостью.

19.2. Гипносуггестия

В. Бехтерев (1909) разграничивал такие понятия, как внушение, внушаемость и гипноз. Относительно терапевтических аспектов условно различают терапию внушением (без гипноза), терапию посредством гипноза и терапию внушением в состоянии гипноза. Известны различные методологические подходы к лечебному использованию внушения и гипноза: гипнотерапия (Лебединский, 1971 и др.), гипносихотерапия (Вельвовский и соавт., 1984), внушение в состоя-

нии гипнотического сна (А. Свядощ, 1982; Б. Карвасарский, 1985), гипноанализ, гипносуггестивная терапия (Буль, 1974).

В мировой практике наиболее широко распространен метод внушения в гипнозе. Он основан на том факте, что в состоянии гипноза значительно снижается верификация поступающей информации, а следовательно, повышается внушаемость. Основным условием эффективного применения *метода внушения в гипнозе* является умение врача вызвать состояние гипноза и уже на его фоне провести лечебное внушение. Процесс лечения условно делится на несколько периодов (этапов): подготовительный; гипнотизирование; лечебное внушение в состоянии гипноза; дегипнотизация с постгипнотическим внушением.

Подготовительный период. В подготовительном периоде важна предварительная беседа с пациентом. Необходимо выяснить отношение пациента к гипнозу. Чаще всего представление о гипнозе у пациента связано с его культурным уровнем. Необходимо объяснить пациенту, что гипноз — это естественное состояние психики, которое проявляется у человека при засыпании и просыпании. Гипноз похож на сон, но это не сон, так как в состоянии гипноза сохраняется речевой контакт между пациентом и психологом. Пациент слышит, может говорить и отвечает на вопросы. Но слово психолога, психотерапевта в состоянии гипноза действует на пациента с особой силой, позволяющей регулировать работу его центральной нервной системы и внутренних органов.

От пациента требуется спокойная пассивность, остальное зависит от психотерапевта.

Главное в предварительной беседе — возбудить у пациента интерес к лечению, вселить уверенность в успехе. Основная цель такой беседы — соответствующим образом настроить пациента и усилить последующую суггестию в гипнозе.

Методы и техника гипнотизирования. Известно более 100 методов гипнотизирования [14], из которых в практике обычно применяют два: метод воздействия многократно повторяющимися монотонными раздражителями на различные анализаторы и метод, при котором гипноз вызывается действием сильного внезапного раздражителя (громкий звук, вспышка света) в сочетании с приказом: “Спать!”

На основании этих двух методов разработано множество вариантов техники гипнотизирования, подробно описанных в работах

отечественных и зарубежных авторов (А. Токарский, 1890; В. Бехтерев, 1911; А. Форель, 1928; Каннабих, 1929; В. Рожнов, 1954, 1975, 1985; Зеневиц, С. Либих, 1965; Консторум, 1962; К. Платонов, 1962; Лебединский, 1971; Вольперт, 1972; Буль, 1974; А. Свядош, 1982 и др.).

Примером метода гипнотизирования является уже упоминавшийся метод Фариа (1813), или фасцинация (от лат. *fascinare* — очаровывать). Рассмотрим подробнее этот метод.

Врач находится напротив пациента на расстоянии 30–50 см, несколько возвышаясь над ним (больного лучше посадить). Пациенту предлагается смотреть в глаза психотерапевту не мигая. Одновременно психотерапевт берет пациента за плечи, медленно раскачивает его спереди назад и пристально смотрит в переносицу пациента. Внушение: “Смотрите мне в глаза. Ваш взгляд становится тяжелым. Ваши глаза устали, но не закрывайте их до тех пор, пока можете держать открытыми. Ваши веки тяжелеют, словно наливаются свинцом. Тяжелеет все тело”. Следует короткая пауза. Обычно пациент не выдерживает длительного взгляда и начинает моргать. После этого голос психотерапевта становится более уверенным: “Ваши глаза моргают, а теперь закрываются, закрываются, закрываются. Вы засыпаете ... засыпаете”. Как только глаза закрылись, психотерапевт кладет на веки пальцы и внушает: “Ваши веки склеились, вы не можете их открыть до тех пор, пока я вам не прикажу”. Если пациент не закрывает глаза, можно без слов опустить его веки прикосновением к коже надбровных дуг или сказать ему: “Закройте глаза”, после чего продолжить внушать признаки сонливости.

При всей кажущейся демонстративности и театральности этот метод достаточно эффективен, так как основан на неизвестном больному приеме: гипнотизер, требуя от больного, чтобы он смотрел ему в глаза, сам смотрит в переносицу пациента и тем самым менее утомляет свой взор. Такой метод требует от психотерапевта определенной тренировки. Для этого нужно ежедневно фиксировать взгляд, стараясь не моргать в течение нескольких минут.

Лечебное внушение в гипнозе. Лечебная эффективность внушения в гипнозе не всегда напрямую зависит от глубины гипнотического транса. Многие гипнологи считают, что для того чтобы получить хороший психотерапевтический эффект, нужно добиться состояния сомнамбулы. Действительно, в сомнамбулической фазе гипноза внушение реализуется легко, а полученный лечебный эффект в последующем удерживается достаточно стойко. Но опыт показывает, что

такой же, а иногда и лучший лечебный эффект дает внушение в фазе сонливости или даже в легкой фазе “покоя-отдыха” (по К. Платонову). Кроме того, внушение на начальной стадии гипноза тренирует гипнабельность больного и увеличивает глубину гипноза от сеанса к сеансу. Поэтому лечебное внушение можно и нужно начинать уже на первых и легких стадиях гипноза [22].

Различают внушения общие и специальные. К *общим* относятся *внушения*, снимающие болезненные симптомы и вызванные ими состояния дискомфорта, а также внушения, улучшающие общее самочувствие, повышающие тонус, вызывающие безразличие или даже амнезию к таким болезненным состояниям и травмирующим ситуациям, которые уже нельзя изменить.

Специальные внушения более конкретны, чем общие, и при этом всегда индивидуализированы. Содержание внушения должно всегда соответствовать характеру ожидаемого лечебного эффекта [22].

Выводить пациента из гипнотического состояния обычно нетрудно, но это следует делать не спеша. И. Вельвоский (1985) рекомендует следующие этапы дегипнотизации: закрепление позитивных элементов на постгипнотический период; внушение повышения гипнабельности на последующих сеансах; отключение пациента от привязанности к гипносихотерапии.

Глубина гипноза. Между состоянием бодрствования и глубоким гипнотическим трансом существует гамма промежуточных состояний. Принято различать три стадии гипноза (Бернгейм различал девять стадий, Льебо — десять): легкий гипноз (сонливость), средний (гипотоксия) и глубокий (сомнамбулизм). Эту классификацию предложил В. Бехтерев (1911) и в дальнейшем разрабатывали А. Форель (1928), Е. Катков (1956), В. Рожнов (1985).

Первая стадия. Пациент находится в легком дремотном состоянии, не теряет связи с окружающими, хотя ощущает слабость в теле и тяжесть век, может по собственному желанию открыть глаза, подвигать конечностями, прервать сеанс. По субъективному отчету пациент спящим себя не считает.

Вторая стадия. Характеризуется выраженной сонливостью пациента, мышечной слабостью, притуплением органов чувств, утратой произвольных движений, пассивной подчиняемостью внушению. Ориентация сохраняется. Возможно внушение каталепсии — восковой гибкости мышц с длительным сохранением приданных неудобных поз. При словесном отчете пациент утверждает, что во время

сеанса находился в состоянии дремоты, слышал окружающие шумы и разговоры, мог бы открыть глаза и пошевелить конечностями, но “не хотел этого делать”. Отмечается частичная постгипнотическая амнезия.

Третья стадия. Характеризуется нарушением у пациента ориентации и полной постгипнотической амнезией. В состоянии гипноза пациент не воспринимает никаких внешних раздражителей и подерживает раппорт только с загипнотизировавшим его психотерапевтом. Пациента можно заставить ходить, отвечать на вопросы, выполнять сложные действия соответственно внушенной ситуации. На этой стадии гипноза можно добиться возрастной регрессии с поведением и речевой продукцией, соответствующими внушенному возрасту. Возможны внушение полной потери чувствительности к болевым раздражителям и выключение других анализаторов. На этой стадии возможно постгипнотическое внушение, в том числе внушение отсутствия амнезии.

Опытный психотерапевт обычно точно улавливает глубину гипнотического транса и в зависимости от этого изменяет формулу внушения. О глубине транса можно в определенной мере судить по дыханию пациента (оно становится спокойным и поверхностным), отсутствию дрожания век, глотательных движений, реакций на постоянные звуки, по цвету кожи лица и т. д.

Показания и противопоказания к применению гипносуггестивной терапии. Прямым показанием к применению внушения в гипнозе является истерический невроз. Особенно эффективно воздействие гипносуггестивной терапии при истерических моносимптомах: параличах, расстройствах речи, слуха, амнезиях, заикании и т. п. Вместе с тем этот вид лечения показан при психогенном мутизме, невротическом заикании, респираторных тиках, аллергических иммунных нарушениях, нарушениях сна, неврастении. Невроз навязчивых состояний и различные фобии лучше снимаются при групповой психотерапии и классическом психоанализе. В этом случае удастся добиться положительных результатов: можно уменьшить тревогу, эмоциональное напряжение, зафиксированность на навязчивых состояниях.

Гипносуггестивную терапию целесообразно применять при психогенных депрессиях, сексуальных неврозах, начальных формах гипертонической болезни, различных аллергических состояниях. Хорошо снимаются гипнотическим внушением некоторые формы нару-

шения сердечного ритма, тревога и депрессия у больных, перенесших инфаркт миокарда.

Показана гипносуггестивная терапия и при наркомании, алкоголизме и табакокурении.

Противопоказанием для гипносуггестии являются психозы, прежде всего шизофрени. Не следует применять гипносуггестию к людям с инфарктом миокарда и острым нарушением мозгового кровообращения.

Кроме профессиональных знаний на эффективность гипносуггестивной терапии существенно влияют личные качества психотерапевта. Главное, чтобы психотерапевт сам верил в возможности гипносуггестивной терапии и надеялся на излечение пациента. Имеют значение также пол психотерапевта, его возраст, манера общения, внешний вид, тембр голоса, репутация. Каждый психотерапевт имеет собственный диапазон лечебных возможностей, который зависит прежде всего от его личностно-типологических особенностей.

Особое внимание психотерапевт должен обращать на постановку голоса, громкость и образность речи. В процессе лечебного внушения большое значение наряду со смыслом внушаемых слов имеют голосовая характеристика их произнесения, интонация, громкость, выразительность речи.

Эффективность гипносуггестивной терапии во многом зависит от умения психотерапевта погрузить пациента в гипноз, от техники гипнотизации. Во время сеанса пациенту нужно рекомендовать меньше сосредоточиваться на отдельных словах гипнотизера или на отдельных ощущениях, ориентировать его на пассивную подчиняемость, переход в состояние дремоты [31].

19.3. Плацеботерапия

Плацеботерапия — один из вариантов психотерапии посредством косвенного внушения или процесса научения [13]. Развитие психотропной фармакологии и внедрение в медицинскую практику все новых психотропных средств способствовали увеличению случаев, когда применение тех или иных препаратов сопровождалось положительным или отрицательным эффектом, не соответствующим ожидаемому действию. В этой связи при испытании новых медикаментозных препаратов стали широко использовать лекарственные формы, полу-

чившие название “плацебо”. При приеме “пустышки” (плацебо-препарат имитирует по цвету, вкусу, запаху исследуемый, но содержит вместо действующих компонентов индифферентные) одна треть как больных, так и здоровых испытуемых сообщают о результативности медикамента.

Плацебо-тесты позволили выявить людей с положительным и отрицательным плацебо-эффектами и лиц, при исследовании которых сколько-нибудь существенный плацебо-эффект отсутствовал (плацебо-нореакторы). Плацебо стали назначать и на длительное время для косвенной (вооруженной) психотерапии или так называемой плацеботерапии (медикаментозной психотерапии).

Составляющей плацебо-эффекта являются процессы научения (условные рефлекторные механизмы и моделирование). Если условно-рефлекторное научение объясняет длительность плацебо-реакций (например, при приеме плацебо-транквилизаторов плацебо-реакции могут сохраняться в течение 2–3 лет), то моделирование делает понятной их зависимость от личности врача и больного.

Наиболее выраженные плацебо-реакции наблюдаются у внушаемых, комфортных, боязливых пациентов, готовых к безусловному сотрудничеству со специалистом.

Личность психотерапевта, назначающего лекарства, всегда решающим образом отражается на плацебо-эффектах и тем самым на действии любого медикамента. Эффективность психотерапии с помощью плацебо у разных врачей различна, но у одного и того же повторяется. Результаты лечения зависят от способности специалиста к психотерапевтической коммуникации и его убежденности в действенности препарата и тогда, когда применяется плацебо.

На выраженность плацебо-эффекта влияет множество различных факторов. Перечислим некоторые из них: степень новизны предмета, его доступность; упаковка; реклама; характер информации, содержащейся в аннотации к препарату; предшествующая эффективность лекарства у конкретного больного; его установка на психотерапию, физиотерапию или лекарственные средства; отношение пациента к специалисту, назначающему препарат; отношение врача к лекарству; установка врача на психотерапию или биологическую терапию; “репутация” лекарства среди других больных; отношение к препарату членов семьи [24].

Исследователь И. Лапин [16] описал семейный, в частности родительский, плацебо-эффект, под которым подразумевается высокая

положительная (или отрицательная) оценка родственниками изменений состояния больного, получающего плацебо. При этом ни сам пациент, ни член семьи, оценивающий происходящие у пациента изменения, не знают, какой препарат назначен. Таким образом, назначая плацебо, психотерапевт должен учитывать, кто из близких наиболее авторитетен для больного в вопросах его лечения, а также их отношение к лечению последнего.

Положительный родительский плацебо-эффект улучшает “терапевтическую” среду в семье, повышает чувство оптимизма, благоприятно воздействует на состояние больного.

Оценить эффективность медикаментозного лечения можно лишь с учетом плацебо. Как отмечают исследователи Р. Конечный и М. Боухал, известным лекарством становится тем скорее, чем большее участие в его распространении принимает плацебо-эффект.

Плацебо-эффект можно использовать как с терапевтической целью, так и с диагностической. В условиях клиники плацебо можно применять на первом этапе лечения такого распространенного расстройства, как нарушение сна. Если бессонница возникла или была зафиксирована по механизму тревожного ожидания, применение плацебо дает положительный эффект. Плацебо оказывалось эффективным также для дезинтоксикации пациентов, долгое время принимавших барбитураты, или при создании благоприятных условий для более высокой эффективности снотворных средств. Наиболее выраженным действие плацеботерапии является при хронических заболеваниях. Плацебо-эффект особенно выражен при заниженных дозировках препаратов и если вследствие соматического привыкания можно надеяться лишь на проявление суггестивного эффекта.

Интенсивность плацебо-реакций непосредственно зависит от степени выраженности психоэмоциональных и психосоциальных факторов, связанных с заболеванием.

При неврозах плацебо-эффект снижается по мере утяжеления психопатологии, например тревожного синдрома с последовательным присоединением к нему соматических проявлений, фобических, депрессивных и обсессивных расстройств.

Исследователь А. Шапиро утверждает, что плацебо-эффект — это “фактор популярности и эффективности любого из многочисленных методов психотерапии”. Ожидание больным пользы от лечения само по себе может иметь устойчивое и глубокое влияние на его физическое и психическое состояние. Эффективность психотерапии

в определенной мере зависит также от способности врача убедить пациента в благоприятном исходе лечения, а это означает, что плацебо-эффект проявляется в каждом контакте “психотерапевт — больной”. Плацебо-эффект может быть носителем неосознаваемых элементов взаимоотношений врача и пациента, например проявлений агрессии, сопротивления, защиты.

Таким образом, ни один медикамент или какое-либо психотерапевтическое воздействие не лишены плацебо-суггестивного эффекта. Этот эффект можно систематически использовать как плацеботерапию, входящую в комплексное лечение [24].

Вопросы для самоконтроля

1. Сущность гипносуггестии.
2. Основное условие для осуществления метода внушения в гипнозе.
3. Основные этапы гипнотизирования.
4. Основные методы гипнотизирования.
5. Охарактеризуйте один из вариантов психотерапии — плацеботерапию.

Самовнушение

20.1. Сущность самовнушения

Самовнушение (аутосуггестия) — процесс внушения, адресованный самому себе. При этом субъект и объект внушающего воздействия совпадают. Самовнушение способствует повышению уровня саморегуляции, что позволяет субъекту вызывать у себя те или иные ощущения, восприятия, управлять процессами внимания, памяти, эмоциональными и соматическими реакциями. Произвольное самовнушение достигается посредством вербальных самоинструкций или мысленного воспроизведения определенных ситуаций, однозначно связанных с требуемым изменением психического или физического состояния.

Эффективному произвольному самовнушению способствуют психическая релаксация, богатое воображение. Непроизвольное самовнушение характеризуется некритическим отношением субъекта к собственным идеям, концепциям, оценкам, отсутствием сомнений в их правильности и достоверности, снижением контролирующих функций сознания. Следствием этого иногда оказывается ригидность (отсутствие гибкости) психической деятельности. Самовнушение может проявляться в нарушениях функционирования различных систем организма вследствие субъективного ожидания определенного расстройства и уверенности, что оно обязательно наступит или уже наступило. Противоположное явление наблюдается в случае плацебо-эффекта. Самовнушение применяется в качестве метода самоуправления в психотерапии (Петровский, Ярошевский, 1990).

А. Свядоц под самовнушением понимает усиление влияния представлений на вегетативные или психические процессы, вызванные психической активностью лица, проводящего самовнушение [30]. Согласно М. Бурно [5], самовнушение — это методика внушений каких-то мыслей, образов, ощущений, состояний самому себе. Исследователь А. Ромен [29] под самовнушением понимает сложный

волевой процесс, обеспечивающий целевое формирование готовности организма к определенному действию и при необходимости — к его реализации.

В целом же отметим, что механизмы самовнушения изучены еще недостаточно. Предполагается, что в основе как внушения, так и самовнушения лежат ослабленные действия сознательного контроля, осуществляемого относительно воспринимаемой информации. Самовнушение может быть произвольным и непроизвольным. Непроизвольное самовнушение обычно опосредовано дополнительными усиливающими аутоусугестивными факторами и несет в себе мощный эмоциональный заряд. Произвольное самовнушение возможно, если сосредоточить мысли и внимание на каком-либо представлении. Путем самовнушения можно влиять не только на психические процессы, но и на некоторые висцеральные функции организма [14].

Самовнушение, как и внушение, возможно в бодрствующем состоянии или в состоянии аутогипнотического транса. В настоящее время разработано большое количество психотерапевтических методов, основанных на самовнушении. В практике чаще других применяются методы Куэ, Джекобсона, Шульца.

Произвольное самовнушение (метод Куэ). Основываясь на своих практических наблюдениях, Э. Куэ создал систему психотерапевтической помощи, которую назвал школой самообладания путем сознательного самовнушения. Он первым предложил метод контроля мысли и подчеркивал роль позитивной мысли в изменении поведения. Э. Куэ главной причиной заболевания считал болезненное воображение, в котором проявляется бессознательное — Ид. Э. Куэ сравнил силу воображения с горным потоком, который в стихийной безудержности сносит все на своем пути, но который можно “приручить”, и тогда он сможет вырабатывать положительную энергию. Ученый утверждал, что все люди находятся во власти силы собственного воображения и что больной человек, “вооружившись правильным представлением, может снова достичь душевного равновесия” [15]. Согласно Э. Куэ, сознательное самовнушение — это лечебный метод, позволяющий подавить болезненные, вредные относительно последствий представления и заменить их полезными и благотворными. Э. Куэ сравнивал болезненные представления с застрявшими в предсознательной части Эго штифтами, которые следует постепенно выбить и заменить другими.

Согласно Э. Куэ, лечебные представления, которые он назвал формулой самовнушения, являются, по сути, констатацией факта. Формула самовнушения должна быть простой и не должна носить насильственного характера. Например: “С каждым днем во всех отношениях становится все лучше и лучше”.

Формула самовнушения адресуется подсознательному “Я”, которое отличается легковерием. Подсознательное “Я” принимает эту формулу за истину, как приказ, который необходимо выполнять. Чем проще формула, тем выше лечебный эффект. Формулы должны быть “детскими”. Они предназначены не для нашего сознательного, критически настроенного “Я”, а исключительно как представление, как детские формулы. Произвольное внушение должно осуществляться без каких-либо волевых усилий. “Если вы сознательно внушаете себе что-либо, делайте это естественно, просто, с убеждением и особенно без всякого усилия. Если бессознательное самовнушение, часто плохого характера, бывает столь успешным, то это потому, что оно осуществляется без усилий” [15].

Формула самовнушения должна состоять из нескольких слов, максимум трех-четырех фраз и всегда иметь позитивное содержание. Например: “Я здоров” вместо “Я не болен”. Иногда формула представляет собой своеобразный код, понятный только больному. Так, для усиления веры в свои силы можно использовать формулу “Я могу, я могу, я могу”. В других условиях формула может быть более расширенной. Например, в условиях групповой зависимости от алкоголя или наркотиков пациент внушает себе: “Мое решение победить тягу к спиртному окончательное. Какой бы предлог не выставляли друзья и как бы меня не уговаривали, в любом случае не поддамся уговорам, не изменю своего решения”. Пациент произносит одну и ту же формулу самовнушения 20 раз. Произносить формулу нужно монотонно, не фиксируя внимания на ее содержании, не громко, но так, чтобы сам больной обязательно слышал то, что говорит. Сеанс самовнушения продолжается 3–4 минуты, повторяется 2–3 раза в день в течение 6–8 недель. Э. Куэ рекомендовал использовать для проведения сеансов просоночные состояния утром при пробуждении и вечером при засыпании [15].

20.2. Прогрессивная мышечная релаксация (метод Джекобсона)

Исследователь Джекобсон исходил из общеизвестного факта, что эмоциональное напряжение сопровождается напряжением поперечно-полосатых мышц, а успокоение — их релаксацией. Естественно было предположить, что расслабление мускулатуры должно сопровождаться снижением нервно-мышечного напряжения. Джекобсон подметил, что различному типу эмоционального реагирования соответствует напряжение соответствующей группы мышц. Так, депрессивное состояние сопровождается напряжением дыхательной мускулатуры, страх — спазмом мышц артикуляции. Снимая посредством произвольного самовнушения напряженность определенной группы мышц (дифференцированная релаксация), можно избирательно влиять на отрицательные эмоции.

Джекобсон полагал, что каждая область мозга функционирует в связи с периферическим нейромускулярным аппаратом, образуя церебро-нейромускулярный круг. Произвольная релаксация позволяет влиять не только на периферическую, но и на центральную часть этого круга. Под релаксацией Джекобсон понимал не только релаксацию мышц, но и состояние, противоположное психической активности.

В беседе с пациентом психотерапевт подчеркивает, что основной целью метода является достижение произвольного расслабления поперечно-полосатых мышц в покое. Условно различают три этапа освоения техники прогрессивной мышечной релаксации.

Первый этап. Первое упражнение. Пациент ложится на спину, сгибает руки в локтевых суставах и резко напрягает мышцы рук, вызывая тем самым ясное ощущение мышечного напряжения. Затем расслабляет руки и они свободно падают. Так пациент повторяет несколько раз. При этом нужно зафиксировать внимание на ощущении мышечного напряжения и расслабления.

Второе упражнение — сокращение и расслабление бицепсов. Сокращение и напряжение мышц должно быть сначала максимально сильным, а затем все более и более слабым (и наоборот). При этом необходимо зафиксировать внимание на ощущении самого слабого напряжения ее мышцы и полного ее расслабления. После этого пациент учится упражняться в умении напрягать и расслаблять мышцы сгибателей и разгибателей туловища, шеи, плечевого пояса, мышц лица, глаз, языка, гортани, участвующих в мимике и акте речи.

Второй этап (дифференцированная релаксация). Пациент в положении сидя учится напрягать и расслаблять мускулатуру, не участвующую в поддержании тела в вертикальном положении, далее — расслаблять при письме, чтении, речи мышцы, не участвующие в этих актах.

Третий этап. Пациенту предлагается путем самонаблюдения установить, какие группы мышц у него более всего напрягаются при различных отрицательных эмоциях (страх, тревога, волнение, смущение) или болезненных состояниях (боли в области сердца, повышение артериального давления и т. п.), а затем какие группы мышц предупреждают эти эмоции [24].

20.3. Аутогенная тренировка (метод Шульца)

Аутогенная тренировка — это самовнушение в состоянии релаксации (низшая ступень) или гипнотического транса (высшая ступень). По сути аутогенная тренировка направлена на перестройку сознания человека. Ее необходимо осуществлять под наблюдением врача.

Аутогенную тренировку, предложенную Шульцем как самостоятельный метод, Лобзин и Решетников называют синтетическим методом. В основе этого метода лежат древнеиндийская система йогов, опыт исследования ощущений людей, погружаемых в гипноз, практика использования самовнушения нансийской школой психотерапевтов (Э. Куэ, Бодуэн), психофизиологические исследования нервно-мышечного компонента эмоций, опыт применения мышечной релаксации (метод Джекобсона) и рациональная психотерапия (метод Дьюба).

Метод Шульца, в отличие от многочисленных модификаций, называется классическим и имеет две ступени: первую, или начальную (АТ-1), и вторую, или высшую (АТ-2). Перед началом сеанса с пациентом проводится беседа. В доступной форме ему объясняются физиологические основы метода, механизмы воздействия на организм тех или иных упражнений.

Шульц считал, что при значительном расслаблении поперечно-полосатых мышц возникает особое состояние сознания, позволяющее путем самовнушения воздействовать на различные, в том числе произвольные, функции организма. В беседе с пациентом психотерапевт подчеркивает, что мысленное повторение формул самовну-

шения должно быть спокойным, без лишней концентрации внимания и эмоционального напряжения. Сеансы самовнушения проводятся 3–4 раза в день. Первые три месяца длительность одного сеанса не должна превышать 1–3 минут, затем время увеличивается (АТ-2), но не должно превышать 30 минут. На ступени АТ-1 необходимо овладеть шестью упражнениями: ощущение тяжести; ощущение тепла; объединение тяжести и тепла; регуляция ритма сердечной деятельности; регуляция дыхания; влияние на органы брюшной полости; вызывание ощущения прохлады в области лба.

Согласно Шульцу, высшей ступенью аутогенной тренировки являются упражнения с целью тренировки процессов воображения (со способностью к визуализации представлений) и нейтрализации аффективных переживаний. В основе упражнений высшей ступени аутогенной тренировки лежит медитация: на цвете; на образе определенного цвета; на образе; на абстрактной идее; на эмоциональном состоянии; на человеке; “ответ бессознательного” [24].

Вопросы для самоконтроля

1. Общие положения метода самовнушения.
2. Какие механизмы лежат в основе внушения и самовнушения?
3. Чем различаются произвольное и произвольное самовнушение?
4. Идея произвольного самовнушения метода Куэ.
5. Объясните формулу самовнушения по Куэ.
6. Основные этапы техники прогрессивной мышечной релаксации.
7. Что означает релаксация по Джекобсону?
8. Как определяется аутогенная тренировка по методу Шульца?
9. Специфика аутогенной тренировки.
10. Цель медитативной практики.

Список использованной и рекомендуемой литературы

1. *Асатиани Н. М.* Психотерапия невроза навязчивых состояний // Руководство по психиатрии. — М., 1974.
2. *Беминг У.* Самопомощь при бессоннице, стрессах и неврозах: Пер. с нем. — Минск, 1985.
3. *Бехтерев В. М.* Внушение и его роль в общественной жизни. — СПб., 1908.
4. *Бехтерев В. М.* Гипноз, внушение и психотерапия и их лечебное значение. — СПб., 1911.

5. Бурно М. Е. Самовнушение и аутогенная тренировка: Метод. рекомендации. — М., 1975.
6. Виши И. М. Практическая психотерапия. — Воронеж, 1969.
7. Гасуль Я. Р. Аутогенная тренировка в сочетании с гипнотерапией и мотивированным самовнушением при лечении больных психогенными заболеваниями // Психотерапия в курортологии. — К.: Здоровья, 1966.
8. Данилевский В. Я. Гипнотизм. — Харьков, 1924.
9. Дембо А. М. К методике применения гипнотического внушения на фоне акупунктуры // Психотерапия в курортологии. — К.: Здоровья, 1966.
10. Дьяченко М. И., Кандыбович Л. А. Краткий психологический словарь: личность, образование, самообразование, профессия. — Минск: Хэлтон, 1998.
11. Заусайлов М. А. О лечении хронического алкоголизма гипнотическими внушениями. — М.: Врач, 1987.
12. Иванов Н. В. Гипнотерапия в клинике внутренних болезней // Тер. архив. — 1955. — Вып. I(27).
13. Кондрашенко В. Т. Гипнотерапия некоторых функциональных заболеваний // Сб. науч. тр. врачей Приб. ВО. — Рига, 1959. — С. 193–197.
14. Кондрашенко В. Т., Донской Д. И. Общая психотерапия: Учеб. пособие. — 2-е изд., доп. и перераб. — Минск: Вышэйш. шк., 1997.
15. Куэ Э. Школа самонаблюдения путем сознательного (преднамеренного) самовнушения: Пер. с фр. / Под ред. И. Д. Ермакова. — Н. Новгород, 1929.
16. Латин И., Гриненко Н., Крупицкий Е., Гриненко А. Стабильна ли индивидуальная характеристика “плацебо–реактор” и “плацебо–нереактор”? // Обзорение психиатрии и мед. психологии. — 1994. — № 2.
17. Либих С. С. Аутогенная тренировка. — Л., 1978.
18. Лившиц Л. С. Гипнабельность и гипнотерапия хронических алкоголиков: Автореф. ... канд. мед. наук. — Витебск, 1970.
19. Линдеман Х. Аутогенная тренировка. Путь к восстановлению здоровья и работоспособности: Пер. с нем. — М., 1980.
20. Овчинникова О. В., Насиновская Е. Е., Иткин Н. Г. Гипноз в экспериментальном исследовании личности. — М., 1989.
21. Петров Н. Самовнушение в древности и сегодня: Пер. с болг. — М., 1986.
22. Платонов К. И. Гипноз и внушение в практической медицине. — Харьков, 1925.
23. Психология: Словарь / Под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: Политиздат, 1990.
24. Психотерапевтическая энциклопедия / Под общ. ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб.: Питер Ком, 1999.
25. Рожнов В. Е. Гипносуггестивная психотерапия. — М., 1975.
26. Рожнов В. Е. Гипнотерапия // Руководство по психотерапии / Под ред. В. Е. Рожнова. — 2-е изд., доп. и перераб. — М.: Медицина, 1979. — С. 144–176.

27. *Рожнов В. Е.* Терапевтическая эффективность лечебного внушения в удлиненном гипнотическом сне // Журн. невропатологии и психиатрии. — 1953. — С. 462–464.
28. *Ромен А. С.* Психическая саморегуляция, ее значение и возможности // Психическая саморегуляция. — Алма-Ата, 1973.
29. *Ромен А. С.* Самовнушение и его влияние на организм человека. — Алма-Ата, 1971.
30. *Свядоц А. М., Ромен А. С.* Применение аутогенной тренировки в психотерапевтической практике. Техника самовнушений. — Караганда, 1966.
31. *Слободяник А. П.* Психотерапия, внушение, гипноз. — 4-е изд. — К., 1982.
32. *Теория и практика аутогенной тренировки / А. Г. Панов, Г. С. Беляев, В. С. Лобзин, И. А. Копылова; Под ред. В. С. Лобзина.* — Л., 1980.
33. *Форель А.* Гипнотизм, внушение и психотерапия: Пер. с нем. — Л., 1928.

Оглавление

<i>Предисловие</i>	3
Часть I. Теоретические основы психотерапии.	
Главные направления психоанализа и недирективной психотерапии	5
Глава 1. Предмет, методы и виды психотерапии.	
Требования к психотерапевту	5
1.1. Сущность понятия “психотерапия”. Задачи психотерапевта	5
1.2. История развития психотерапии	6
1.3. Классификация методов психотерапии	9
Вопросы для самоконтроля	12
Глава 2. Психодинамическое направление в психотерапии	13
Вопросы для самоконтроля	17
Глава 3. Техника психоанализа	18
3.1. Сущность психодинамической психотерапии	18
3.2. Психотерапевтическое обследование пациента	21
3.3. Начало психотерапевтического лечения	23
3.4. Соппротивление и защита	23
3.5. Трансфер	25
3.6. Контртрансфер	27
3.7. Анализ сновидений и ошибочных действий ...	29
3.8. Окончание психотерапевтического лечения ...	31
Вопросы для самоконтроля	33
Глава 4. Аналитическая психология и психотерапия К. Юнга	34
4.1. Психотерапевтический процесс по К. Юнгу	34
4.2. Структура личности по К. Юнгу	36
4.3. Периоды жизненного цикла	38
4.4. Основные теоретические положения в психологии К. Юнга	40
Вопросы для самоконтроля	41

Глава 5. Индивидуальная психология и психотерапия	
А. Адлера	42
5.1. Основные положения учения А. Адлера	42
5.2. Описание психотерапевтического процесса	46
Вопросы для самоконтроля	51
Глава 6. Гуманистический психоанализ Э. Фромма	52
6.1. Основные понятия гуманистического психоанализа	52
Вопросы для самоконтроля	56
Глава 7. Характерологический анализ К. Хорни	57
7.1. Основные понятия концепции К. Хорни	57
7.2. Цели и методы характерологического анализа	60
Вопросы для самоконтроля	60
Глава 8. Интерперсональная психотерапия Г. Салливан ...	61
8.1. Основные понятия теории межличностных отношений	61
8.2. Психотерапия межличностных отношений ...	62
Вопросы для самоконтроля	63
Глава 9. Психотерапевтический процесс в русле анализа Э. Берна	64
9.1. Основные понятия теории трансактного анализа	64
9.2. Цели и методы психотерапевтического процесса	68
Вопросы для самоконтроля	69
Глава 10. Гештальттерапия	70
10.1. Основные принципы гештальттерапии	70
10.2. Психотерапевтический процесс в рамках гештальттерапии	72
10.3. Психотехники в гештальттерапии	73
10.4. Психодрама Я. Морено	74
10.5. Критический анализ гештальттерапии	76
Вопросы для самоконтроля	80
Глава 11. Психотерапия, центрированная на клиенте	81
11.1. Сущность психотерапии К. Роджерса	81

11.2. Основные понятия в психотерапии, ориентированной на клиента	82
11.3. Психотехника в концепции К. Роджерса	86
Вопросы для самоконтроля	87
Глава 12. Логотерапия	89
Вопросы для самоконтроля	91
Глава 13. Поведенческое направление в психотерапии	92
13.1. Общая характеристика поведенческого направления в психотерапии	92
13.2. Основные понятия поведенческой психотерапии	94
13.3. Психотерапевтический процесс в рамках теории поведения	96
13.4. Программное обучение	97
Вопросы для самоконтроля	98
Глава 14. Экзистенциальная психотерапия	99
14.1. Сущность и основные понятия экзистенциальной психотерапии	99
14.2. Цели экзистенциального психотерапевтического процесса	103
14.3. Психотехника в экзистенциальной парадигме	104
Вопросы для самоконтроля	106
Глава 15. Когнитивная психотерапия	107
15.1. Основные понятия и методы когнитивной психотерапии	107
15.2. Психотехники проверки обоснованности автоматических мыслей	109
Вопросы для самоконтроля	113
Глава 16. Психотерапия реальностью	114
16.1. Сущность и основные положения психотерапии реальностью	114
16.2. Психотерапевтический процесс и цели психотерапии реальностью	115
Вопросы для самоконтроля	117
Глава 17. Новейшие течения в психотерапии	118
17.1. Аверсивная терапия и символическая экономия	118

17.2. Мультимодальная терапия и метод Ф. Шапиро	121
17.3. Трансперсональная психотерапия С. Грофа	122
17.4. Новейшие психотехники	124
Вопросы для самоконтроля	125
Список использованной и рекомендуемой литературы	125
Часть II. Суггестивная психотерапия	127
Глава 18. Гипноз	127
18.1. История развития учения о гипнозе и внушении	127
18.2. Природа гипноза	131
Вопросы для самоконтроля	135
Глава 19. Внушение	136
19.1. Сущность внушения	136
19.2. Гипносуггестия	138
19.3. Плацеботерапия	143
Вопросы для самоконтроля	146
Глава 20. Самовнушение	147
20.1. Сущность самовнушения	147
20.2. Прогрессивная мышечная релаксация (метод Джекобсона)	150
20.3. Аутогенная тренировка (метод Шульца)	151
Вопросы для самоконтроля	152
Список использованной и рекомендуемой литературы	152

У посібнику висвітлюються актуальні питання психотерапії як професійної діяльності та процесу психологічної допомоги. Психотерапія розглядається як наука про лікування різноманітних захворювань за допомогою психологічних методів. Детально аналізуються основні поняття і напрямки сучасної психотерапії, а також конкретні психотехніки роботи з пацієнтами.

Для студентів, викладачів, практичних психологів і соціальних працівників.

Навчальне видання
Зубалій Ніна Петрівна
Львовичкіна Антоніна Михайлівна
ОСНОВИ ПСИХОТЕРАПІЇ
Навчальний посібник
(Рос. мовою)

Редактор *О. І. Калашишкіна*
Коректори *Б. В. Хитровська, І. В. Точаненко*
Комп'ютерна верстка *В. М. Бойко, Т. Г. Замура*
Оформлення обкладинки *М. В. Куліков*

Підп. до друку 17.09.01. Формат 60 × 84/16. Папір офсетний. Друк офсетний.
Ум. вид. арк. 9,3. Обл.-вид. арк. 9,0. Тираж 4000 пр. Зам. № 90

Міжрегіональна Академія управління персоналом (МАУП)
03039 Київ-39, вул. Фрометівська, 2, МАУП

Віддруковано у "Поліграфічному центрі УТОГ"
м. Київ, вул. Нововокзальна, 8